

Beteg neve: \_\_\_\_\_ Születési dátum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Kitöltés dátuma: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (TRANS-IBD # \_\_\_\_\_)

### TRANS-IBD Vizit 3

Fizikális vizsgálat			
Testmagasság	centiméterben megadva	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	
Testsúly	kilogrammban megadva	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
Hasi nyomásérzékenység		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Hasi izomvédekezés		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Tapintható hasi terime		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Perianális fistula	Perianális fistula, tályog jelenléte	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Extraintestinális manifesztációk	A gyulladós betegséghez köthető, bélrendszeren kívül jelentkező tünetek	<input type="checkbox"/> Igen, ha igen típusa: <input type="checkbox"/> bőrtünet <input type="checkbox"/> ízületi fájdalom <input type="checkbox"/> szemtünet <input type="checkbox"/> májérintettség (PSC)	<input type="checkbox"/> Nem
<b>A gyulladós bélbetegség miatt jelenleg szedett gyógyszerek neve</b>	<b>Gyógyszerforma</b> (pl.: tableta, granulátum, kúp)	<b>Gyógyszer dózisa</b> (pl.: 1x500 mg)	
<b>Gyógyszermellékhatások</b>	A diagnózis óta szedett gyógyszer(ek), mely(ek)nél mellékhatás jelentkezett	<b>Gyógyszermellékhatások</b>	
<b>Betegségaktivitási kérdőív kitöltése megtörtént</b>	Crohn betegség esetén PCDAI és CDAI, Colitis ulcerosa esetén PUCAI és Mayo score kitöltése	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Egészségügyi ellátás igénybevétele az utóbbi 3 hónapban			
Sürgősségi ellátás igénybevétele a gondozó	Minden olyan gondozó gastroenterológián történt	<input type="checkbox"/> Igen, száma:.....	<input type="checkbox"/> Nem

Beteg neve: \_\_\_\_\_ Születési dátum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Kitöltés dátuma: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (TRANS-IBD # \_\_\_\_\_)

gasztroenterológián	megjelenés, amely nem előre egyeztetett időpontban történt		
Sürgősségi ellátás igénybevétele a sürgősségi betegfogadó helyen		<input type="checkbox"/> Igen, száma:.....	<input type="checkbox"/> Nem
Képalkotó vizsgálat(ok): (Hasi ultrahang, hasi röntgen, MRI, egyéb)	Az összes elvégzett képalkotó vizsgálat az elmúlt 3 hónapban, ebből sürgős képalkotó vizsgálat: minden képalkotó vizsgálat, melyre nem elektíven, nem előre egyeztetett időpontban kerül sor.	<input type="checkbox"/> Igen, száma:..... ebből sürgős indikáció:.....	<input type="checkbox"/> Nem
Endoszkópos vizsgálat(ok): (gastroduodenoscopia, colonoscopia)	Az összes elvégzett endoszkópia az elmúlt 3 hónapban, ebből sürgős endoszkópia: minden endoszkópia, melyre nem elektíven, nem előre egyeztetett időpontban kerül sor.	<input type="checkbox"/> Igen, száma:..... ebből sürgős indikáció:.....	<input type="checkbox"/> Nem
Műtéti beavatkozás(ok)	A gyulladós bélbetegség miatt végrehajtott műtétek.	<input type="checkbox"/> Igen, ha igen típusa: <input type="checkbox"/> Proctocolectomia + IPAA <input type="checkbox"/> proctocolectomia + ileostoma <input type="checkbox"/> resectio <input type="checkbox"/> tályogfeltárás <input type="checkbox"/> fistulotomia <input type="checkbox"/> seton befűzés	<input type="checkbox"/> Nem
Kórházi felvétel(ek)	A gyulladós betegséghez köthetően szükségessé vált kórházi felvételek.	<input type="checkbox"/> Igen, hány alkalommal: .....	<input type="checkbox"/> Nem
Kórházban töltött napok száma	Az utóbbi 3 hónapban kórházban töltött napok száma összesítve	..... nap	
<b>Szérum minta begyűjtése</b>	ionok, vérkép, gyulladós markerek, vese-és májfunkció meghatározás céljából	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Nátrium		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: .....mmol/l	<input type="checkbox"/> Nem
Kálium		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: .....mmol/l	<input type="checkbox"/> Nem
Karbamid nitrogén		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: ..... umol/l	<input type="checkbox"/> Nem
Kreatinin		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: ..... mmol/l	<input type="checkbox"/> Nem

Beteg neve: \_\_\_\_\_ Születési dátum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Kitöltés dátuma: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (TRANS-IBD # \_\_\_\_\_)

Összbilirubin		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: ..... umol/l	<input type="checkbox"/> Nem
Direkt/konjugált bilirubin		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: ..... umol/l	<input type="checkbox"/> Nem
ASAT/GOT		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: ..... U/l	<input type="checkbox"/> Nem
ALAT/GPT		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: ..... U/l	<input type="checkbox"/> Nem
Gamma GT		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: ..... U/l	<input type="checkbox"/> Nem
Alkalikus foszfatáz		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: ..... U/l	<input type="checkbox"/> Nem
C-reaktív protein		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: ..... mg/l	<input type="checkbox"/> Nem
Süllyedés		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: ..... mm/h	<input type="checkbox"/> Nem
Fehérvérsejt szám		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: ..... G/l	<input type="checkbox"/> Nem
Hemoglobin		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: ..... g/l	<input type="checkbox"/> Nem
Hematokrit		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: ..... %	<input type="checkbox"/> Nem
Thrombocyta		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: ..... G/l	<input type="checkbox"/> Nem
Albumin		<input type="checkbox"/> Igen, Értéke: ..... g/l	<input type="checkbox"/> Nem
<b>Kérdőívek</b>	A kérdőíveket a vizit után, külön papíron, önállóan tölti ki a serdülő, valamint a szülő.		
IBDSES-A kérdőív kitöltése megtörtént		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
TRAQ kérdőív kitöltése megtörtént		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
STARx-serdülőkérdőív kitöltése megtörtént		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
STARx-szülő kérdőív kitöltése megtörtént		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
IMPACT-III kérdőív kitöltése megtörtént		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
CACHE kérdőív kitöltése megtörtént		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
MMAS-8 kérdőív kitöltése megtörtént		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
IBD-yourself kérdőív kitöltése megtörtént		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem

Beteg neve: \_\_\_\_\_ Születési dátum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Kitöltés dátuma: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (TRANS-IBD # \_\_\_\_\_)

<b>Időpontegyeztetés</b>	TRANS-IBD Vizit 4 időpontjának egyeztetése megtörtént, amely az első vizit utáni 3. hónapban esedékes ( $\pm 30$ nap) Év. hó. nap	<input type="checkbox"/> Igen, időpontja:  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nem
A következő vizitre szánt betegségaktivitási kérdőív kiadása megtörtént		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
<b>Kiegyensúlyozott konzultáció eredménye Terápiás javaslat a felnőtt gastroenterológus részéről</b>			