

Beteg neve: _____ Születési dátum: ___/___/___ Kitöltés dátuma: ___/___/___ (TRANS-IBD # _____)

TRANS-IBD Vizit 5

Felmérés	Megjegyzések		
Beválogatási/kizárási kritériumok ellenőrzése	Használja a beválogathatóság ellenőrzésére elkészített űrlapot.	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Informált beleegyezés megtörtént	A résztvevő serdülő és a törvényes gondviselője is aláírta a tájékoztató és beleegyző nyilatkozatokat.	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Randomizáció megtörtént	A résztvevő centrum számára elkészített randomizációs lista alapján.	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Demográfiai adatok			
Születési dátum	Év. hó. nap	□□□□.□□.□□.	
Nem		<input type="checkbox"/> férfi	<input type="checkbox"/> nő
Rassz/ Etnikum	Önbevallás alapján	<input type="checkbox"/> fehér <input type="checkbox"/> roma <input type="checkbox"/> ázsiai <input type="checkbox"/> afroamerikai <input type="checkbox"/> egyéb:	
Aktuális tanulmányok		<input type="checkbox"/> szakmunkásképző <input type="checkbox"/> középiskola <input type="checkbox"/> gimnázium <input type="checkbox"/> felsőoktatás <input type="checkbox"/> munkavállaló <input type="checkbox"/> egyéb:	
Lakhatási körülmények		<input type="checkbox"/> kertes ház <input type="checkbox"/> sorház <input type="checkbox"/> társasház <input type="checkbox"/> panellakás <input type="checkbox"/> egyéb:.....	
Gyermekekkel egy háztartásban élők megnevezése		<input type="checkbox"/> szülő(k) <input type="checkbox"/> testvér(ek) <input type="checkbox"/> nagyszülő(k)	
Testvérek száma		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2-nél több, számuk:	
Szülők családi állapota		<input type="checkbox"/> házas <input type="checkbox"/> elvált <input type="checkbox"/> özvegy	
Szülők legmagasabb iskolai végzettsége (édesanya)		<input type="checkbox"/> 8 általános <input type="checkbox"/> szakmunkásképző <input type="checkbox"/> középiskola <input type="checkbox"/> főiskola <input type="checkbox"/> egyetem	

Beteg neve: _____ Születési dátum: ___/___/___ Kitöltés dátuma: ___/___/___ (TRANS-IBD # _____)

Szülők legmagasabb iskolai végzettsége (édesapa)		<input type="checkbox"/> 8 általános <input type="checkbox"/> szakmunkásképző <input type="checkbox"/> középiskola <input type="checkbox"/> főiskola <input type="checkbox"/> egyetem	
Dohányzási szokások		<input type="checkbox"/> nem dohányzik <input type="checkbox"/> dohányzik	
Kórtörténet			
Diagnózis időpontja	Év. hó. nap	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .	
Diagnózis típusa		<input type="checkbox"/> Crohn-betegség	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa
		<input type="checkbox"/> IBD-U	
Betegség lokalizáció a diagnózis idején	Crohn betegség esetén	<input type="checkbox"/> L1: ileum <input type="checkbox"/> L2: colon <input type="checkbox"/> L3: ileocolon <input type="checkbox"/> L4a: proximális béltraktus a Treitz-szalagig <input type="checkbox"/> L4b: Treitz szalagtól a ileumig	
Betegség viselkedése a diagnózis idején	Crohn betegség esetén	<input type="checkbox"/> B1: nem strikturáló, nem penetráló <input type="checkbox"/> B2: strikturáló <input type="checkbox"/> B3: penetráló, fistulás forma	
Betegség lokalizáció a diagnózis idején	Colitis ulcerosa esetén	<input type="checkbox"/> E1: proctitis <input type="checkbox"/> E2: bal oldali colitis <input type="checkbox"/> E3: kiterjedt colitis a flexura hepaticáig <input type="checkbox"/> E4: pancolitis	
Perianális manifesztáció a diagnózis idején	Perianális fistula, tályog jelenléte a diagnóziskor	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Műtétek	A gyulladós bélbetegség miatt végrehajtott műtétek.	<input type="checkbox"/> 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
Társbetegség	Minden olyan betegség, melyre a serdülő gyógyszert szed és/vagy	<input type="checkbox"/> Igen,	<input type="checkbox"/> Nem

Beteg neve: _____ Születési dátum: ___/___/___ Kitöltés dátuma: ___/___/___ (TRANS-IBD # _____)

	rendszeres orvosi ellenőrzést igényel.	ha Igen:	
Utolsó colonoscopia időpontja	Év. hó. nap	□□□□.□□.□□.	
Eddigi gyógyszeres kezelés	A diagnózis felállítása óta szedett gyógyszerek feltűntetése		
Exkluzív enterális táplálás	Legalább 6 héten keresztül kizárólag tápszer fogyasztása.	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
5-ASA	Bármilyen gyógyszerformátum (tabletta, kúp, klizma)	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Szteroid	Szisztémás szteroid vagy budesonid készítmény	<input type="checkbox"/> Igen, ha igen, hányszor:...	<input type="checkbox"/> Nem
Azathioprin		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Egyéb immunszuppresszáns	pl.: 6-merkaptopurin, tacrolimus, metotrexate	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem
Biológiai kezelés	Több is jelölhető	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> infliximab <input type="checkbox"/> adalimumab <input type="checkbox"/> vedolizumab	
Fizikális vizsgálat			
Testmagasság	centiméterben megadva	□□□ cm	
Testsúly	kilogrammban megadva	□□□ 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
A gyulladós bélbetegség miatt jelenleg szedett gyógyszerek neve	Gyógyszerforma (pl.: tablettá, granulátum, kúp)	Gyógyszer dózisa (pl.: 1x500 mg)	

Beteg neve: _____ Születési dátum: ___/___/___ Kitöltés dátuma: ___/___/___ (TRANS-IBD # _____)

Gyógyszermellékhatások	A diagnózis óta szedett gyógyszer(ek), mely(ek)nél mellékhatás jelentkezett	Gyógyszermellékhatások	
Betegségaktivitási kérdőív kitöltése megtörtént	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 gastroenterológián	Minden olyan gondozó gastroenterológián történt megjelenés, amely nem előre egyeztetett időpontban történt	<input type="checkbox"/> Igen, száma:.....	<input type="checkbox"/> Nem
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 gyulladással járó 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 gyulladással járó betegséghez köthetően szükségessé vált kórházi felvételek.	<input type="checkbox"/> Igen, hány	<input type="checkbox"/> Nem

Beteg neve: _____ Születési dátum: ___/___/___ Kitöltés dátuma: ___/___/___ (TRANS-IBD # _____)

		alkalommal:	
Kórházban töltött napok száma	Az utóbbi 3 hónapban kórházban töltött napok száma összesítve nap	
Széklet minta begyűjtése	Széklet calprotectin meghatározás céljából	<input type="checkbox"/> Igen, Értéke:.....ug/g	<input type="checkbox"/> Nem
Szérum minta begyűjtése	ionok, vérkép, gyulladásos 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
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

Beteg neve: _____ Születési dátum: ___/___/___ Kitöltés dátuma: ___/___/___ (TRANS-IBD # _____)

Kérdőívek	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
Időpontegyeztetés	TRANS-IBD Vizit 6 időpontjának egyeztetése megtörtént, amely az első vizit utáni 3. hónapban esedékes (±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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nem
A következő vizitre szánt betegségaktivitási kérdőív kiadása megtörtént		<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> Nem