

1. Személyes adatok

TAJ szám:.....

Név:.....

Születési dátum:.....

Telefonszám:.....

Nem: Nő / Férfi (EV)

Akut pancreatitis miatti első felvétel időpontja:.....(év, hónap, nap)

WOPN diagnózis ideje:(év, hónap, nap)

Jelenleg is bentfekvő a beteg? igen / nem / nincs adat

Milyen intézetben történik a kezelés?

(belgyógyászat, sebészet, ITO stb.)

Történt más intézetben is kezelés? igen / nem / nincs adat

Ha igen, hol?

Történt már WOPN intervenció? igen / nem / nincs adat

ha igen WOPN intervenció típusa: sebészi / endoszkópos / percután

WOPN intervenció ideje:.....(év, hónap, nap)

Szükséges a szövődmény miatt WOPN beavatkozás? igen / nem / nincs adat

ha igen WOPN intervenció típusa: sebészi / endoszkópos / percután

WOPN intervenció ideje:.....(év, hónap, nap)

Mortalitás?.....igen/nem (EV)

ha igen: pontos ideje:(év, hónap, nap, óra, perc)

oka:.....

Szervi elégtelenség:.....igen/nem/nincs adat (EV)

ha igen:.....tüdő /szív/ vese /egyéb (EV)

Vérzés:.....igen/nem (EV)

ha igen, intervenciót igényelt-e? ?.....igen/nem (EV)

Perforáció:.....igen/nem (EV)

ha igen, intervenciót igényelt-e? ?.....igen/nem (EV)

Enterocutan fisztula:.....igen/nem (EV)

Incisional hernia:igen/nem (EV)

Exokrin pancreas elégtelenség:.....igen/nem (EV)

Endokrin pancreas elégtelenség:.....igen/nem (EV)

Ország:

Város:

Intézmény:

Doktorkód:

Vérminta kódja:

Vérminta vétel ideje:

Necrectomia szükségessége:.....igen/nem **(EV)**
intervenciók száma

Sebfertőződés:igen/nem **(EV)**

Stent migráció:igen/nem **(EV)**

Kórházi ápolás ideje:.....(nap)

Intenzív osztályos észlelés:.....(nap)

Egyéb szövődmények:.....

2. Morfológiai adatok

2.1. CT

CT vizsgálat ideje:(év, hónap, nap)

Nekrotizáló pancreatitis: igen/nem **(EV)**

Pancreas nekrosis: igen/nem **(EV)**

Peripancreaticus nekrosis: igen/nem **(EV)**

Pancreas nekrosis nagysága: (%)

Pancreas nekrosis lokalizációja: fej/test/farok **(TV)**

Peripancreaticus folyadékgyülem jelenléte? igen/nem **(EV)**

Peripancreaticus folyadékgyülem nagysága:..... (cm x cm)

WOPN:

nagysága:.....(mm x mm)

fal vastagsága:.....(mm)

nekrotikus bennék aránya:(%)

gyomortól való távolság:..... (mm)

WOPN: levegő buborék jelenléte/nincst **(EV)**

2.2. EUH vizsgálat

Történt EUH: igen /nem /nincs adat **(EV)**

EUH ideje:(év, hónap, nap)

WOPN:

nagysága:.....(mm x mm)

fal vastagsága:.....(mm)

nekrotikus bennék aránya:(%)

gyomortól való távolság:..... (mm)

2.2. MRI vizsgálat

Történt MRI: igen /nem /nincs adat **(EV)**

MRI ideje:(év, hónap, nap)

WOPN:

nagysága:.....(mm x mm)

fal vastagsága:.....(mm)

nekrotikus bennék aránya:(%)

gyomortól való távolság:..... (mm)

Történt MRCP az MRI során: igen /nem /nincs adat **(EV)**

Wirsung vezeték ruptura: igen/nem/nincs adat **(EV)**

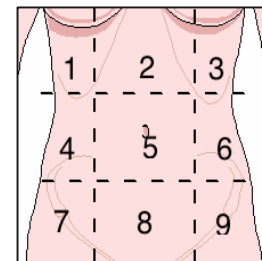
3. Szövődmény felismeréskori adatok:

3.1. Antropometria

Testsúly: (kg)

Testmagasság:.... (cm)

BMI:



3.2. Panaszok, tünetek

Hasi fájdalom: igen / nem / nincs adat

ha igen: mióta (óra):.....
jellege: nincs adat / görcsös / tompa / éles
erőssége (1-10):.....

lokalizációja: nincs adat / lokalizált / diffúz
Ha lokalizált, kérjük, jelölje be az ábrán!

kisugárzás:.....

Hányinger: igen / nem / nincs adat

Hányás: igen / nem / nincs adat

ha igen: hányszor:.....

hányadék tartalma: nem ismert / vízszerű / ételmaradékot tartalmaz / véres / epét tartalmaz

Hőemelkedés, láz: igen / nem / nincs adat

ha igen: mióta:..... értéke:.....

Étvágy: jó / megtartott / rossz / nincs adat

Fogyás: igen / nem / nincs adat

ha igen: mennyi idő alatt (hét):..... mennyit (kg):.....

Széket: normális/hasmenés/székrekedés/zsíros/bűzös/emésztetlen ételmaradék/ véres / nyákos

3.3. Labor:

Süllyedés (We) (mm/h)	
CRP (mg/l)	
Procalcitonin (ng/ml)	
Vérkép	
Fehérvérsejt szám (G/l)	
Vörösvérsejt szám (T/l)	
Hemoglobin (g/l)	
Hematokrit (%)	
MCV	
Thrombocyta (G/l)	
Ionok	
Nátrium (mmol/l)	
Kálium (mmol/l)	
Kalcium (mmol/l)	
Magnézium (mmol/l)	
Foszfát (mmol/l)	
Chlorid (mmol/l)	
Vas (umol/l)	
Pancreas	
Glükóz (mmol/l)	
Alfa amiláz (U/l)	
Lipáz (U/l)	

Vesefunkció	
Urea nitrogén (Karbamid) (mmol/l)	
Kreatinin (umol/l)	
eGFR	
Májfunkció	
Összbilirubin(umol/l)	
Direkt/konjugált bilirubin (umol/l)	
Indirekt bilirubin (umol/l)	
ASAT/GOT (U/l)	
ALAT/GPT (U/l)	
Gamma GT (U/l)	
Alkalikus foszfatáz (U/l)	
Laktát dehydrogenáz LDH (U/l)	
Protrombin (%)	
Protrombin INR	
Anyagcsere	
Koleszterin (mmol/l)	
Triglicerid (mmol/l)	
Húgysav (umol/l)	
TSH (mU/l)	
HgbA1C (%)	
Fehérjék	
Össz. fehérje (g/l)	
Albumin (g/l)	
Vérgázértékek	
PaO2 (Hgmm)	
HCO3 (mmol/l)	
sO2 (%)	
Egyéb vizsgálatok	

4. Szövődménykor alkalmazott terápia:

Parenterális folyadékpótlás igen nem
 ha igen: formula.....
 mennyiség(ml)

Parenterális táplálás igen nem
 ha igen: formula.....
 mennyiség(ml)

Enterális táplálás igen nem
 ha igen naso-gasztrikus / naso-jejunális
 formula:

mennyiség:..... (ml)
hígítás: igen nem
ha igen: hígítás mértéke:

Táplálás szájon keresztül igen nem nincs adat

Fájdalom csillapítás: igen nem nincs adat
ha igen:

a gyógyszer neve:.....hatóanyag:.....dózis (csak szám):
mértékegység: gramm / milligram / IU, folyadék esetén koncentráció: (pl. 10%, 1g/2ml)..... napi
hányszor (pl.: 3) a beadás módja: nincs adat / intravénás / orális / enteral / subcutan egyéb
megjegyzés:

a gyógyszer neve:.....hatóanyag:.....dózis (csak szám):
mértékegység: gramm / milligram / IU, folyadék esetén koncentráció: (pl. 10%, 1g/2ml)..... napi
hányszor (pl.: 3) a beadás módja: nincs adat / intravénás / orális / enteral / subcutan egyéb
megjegyzés:

a gyógyszer neve:.....hatóanyag:.....dózis (csak szám):
mértékegység: gramm / milligram / IU, folyadék esetén koncentráció: (pl. 10%, 1g/2ml)..... napi
hányszor (pl.: 3) a beadás módja: nincs adat / intravénás / orális / enteral / subcutan egyéb
megjegyzés:

Antibiotikum: igen nem

ha igen:

a gyógyszer neve:.....hatóanyag:.....dózis (csak szám):
mértékegység: gramm / milligram / IU, folyadék esetén koncentráció: (pl. 10%, 1g/2ml)..... napi
hányszor (pl.: 3) a beadás módja: nincs adat / intravénás / orális / enteral / subcutan egyéb
megjegyzés:

a gyógyszer neve:.....hatóanyag:.....dózis (csak szám):
mértékegység: gramm / milligram / IU, folyadék esetén koncentráció: (pl. 10%, 1g/2ml)..... napi
hányszor (pl.: 3) a beadás módja: nincs adat / intravénás / orális / enteral / subcutan egyéb
megjegyzés:

a gyógyszer neve:.....hatóanyag:.....dózis (csak szám):
mértékegység: gramm / milligram / IU, folyadék esetén koncentráció: (pl. 10%, 1g/2ml)..... napi
hányszor (pl.: 3) a beadás módja: nincs adat / intravénás / orális / enteral / subcutan egyéb
megjegyzés:

Inzulin: igen nem nincs adat

ha igen: gyógyszer neve:.....
teljes adag:.....

Intenzív ellátás: igen nem nincs adat

ha igen: lélegeztetés, vasopressor terápia, vesekezelés, egyéb (több is megjelölhető)
Megjegyzés:

Egyéb: igen nem
ha igen leírás:.....

Egyéb megjegyzés:

.....
.....
.....