



## Fragebogen

**1. Patientendaten**

Vorname:.....  
 Nachname: .....  
 Geburtsdatum:.....  
 Versicherungsnummer:.....  
 Geschlecht: männlich weiblich  
 Herkunft: .....

**2. Klinischer Verlauf**

Alkoholkonsum: Ja/ Nein  
 Wenn ja, wie viel: (g/Tag):.....  
 seit wann? (Jahre):.....

Richtlinie zur Umrechnung:

1 dl Bier (4.5 vol. %) = ~3.5 g Alkohol  
 1 dl Wein (12.5 vol. %) = ~10 g Alkohol  
 1 dl Spirituosen (50 vol. %) = ~40 g Alkohol

**Hat die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert?** Ja / Nein / Unbekannt

Wenn ja: Welcher Monat?.....  
 Wie viel? (g/Tag):.....  
 Seit wann? (Jahre):.....

**Rauchen:** Ja/ Nein  
 Wenn ja: Wie viel? (Zigaretten/Tag):.....  
 Seit wann? (Jahre):.....

**Passivrauchen:** Ja / Nein / Unbekannt  
 (Passivrauchen ist die Inhalation von Tabakrauch aus der Raumluft.)  
 Wenn ja: Wie viel? (Zigaretten/Tag):.....  
 Seit wann? (Jahre):.....

**Rückstandsrauchen:** Ja / Nein / Unbekannt  
 (Rückstandsrauchen ist die Bezeichnung für das potenziell gesundheitsgefährdende Einatmen von Teer- beziehungsweise Nikotinablagerungen aus Tabakrauch, beispielsweise aus Kleidung, Haaren, Bodenbelägen oder Wänden.)

Wenn ja:  
Raum: (Diese Frage wird gestellt, um die Bedingungen des Raumes/ der darin befindlichen Oberflächen, die das Kind betreffen, zu verstehen.)

Wie viele insgesamt (Zigaretten/Tag in dem Raum):.....  
 Anzahl der Raucher in dem Raum:.....  
 Seit wann? (Jahre): .....

Kind:  
 Seit wann (wie vielen Jahren) wird das Kind dem Rauchen ausgesetzt? .....  
 Wie viele Stunden am Tag wird das Kind dem Rauchen ausgesetzt? .....

Land:

Stadt:

Krankenhaus:

Name des Arztes/der Ärztin/  
Initiale:

Patienten Nr:



**Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht?** Ja / Nein / Unbekannt

Wenn ja, wie viele Monate?.....

Wie viel? (Zigaretten/Tag):.....

**Drogenkonsum:** Ja / Nein / Unbekannt

Wenn ja: Art der Droge:.....

Wie viel?:.....

Seit wann? (Jahre):.....

(Wenn mehrere Drogen angegeben werden, diese bitte unter "Notizen" am Ende des Fragebogens notieren)

**Diabetes mellitus:** Ja / Nein

Wenn ja: Typ: Typ I / Typ II/ Typ IIIc/ MODY

Seit wann? (Jahr):.....

**Gluten-sensitive Enteropathie (Zöliakie)** Ja / Nein

Wenn ja: Seit wann? (Jahr):.....

**Lipidstoffwechselstörung:** Ja / Nein

Wenn ja: Typ: .....

Seit wann? (Jahr):.....

**Andere Erkrankungen des Pankreas:** Ja / Nein

Wenn ja: Akute Pankreatitis/ Chronische Pankreatitis / Autoimmun Pankreatitis / Tumor/ Andere

Wenn andere, welche?.....

Wenn der/die Patient/-in bereits eine AKUTE PANKREATITIS hatte:

Wie oft hatte der/die Patient/-in eine akute Phase (vor dieser Phase)?:.....

Wann trat die erste akute Phase auf (Jahr)?:.....

Wenn bei dem Patienten/der Patientin bereits eine CHRONISCHE/AUTOIMMUN

PANKREATITIS diagnostiziert wurde:

Zeitpunkt der Erstdiagnose:.....

Wie viele akute Episoden sind bisher aufgetreten?.....

Wann trat die erste akute Phase auf (Jahr)?:.....

Wenn der/die Patient/-in bereits Bauchspeicheldrüsenkrebs hatte:

Zeitpunkt der Diagnose?.....

Wurde eine chronischer Pankreatitis diagnostiziert? Ja / Nein

Wenn ja, wann wurde sie diagnostiziert? .....

Wie oft hatte der/die Patient/-in akute Phasen (vor dieser Phase)?.....

Wann trat die erste akute Phase auf (Jahr)?:.....

**Sonstige Informationen:**

.....

.....

**Pankreas-Erkrankungen in der Familie:**

Akute Pankreatitis: Ja / Nein Wenn ja: Beziehung zum Patienten:.....  
 Chronische Pankreatitis: Ja / Nein Wenn ja: Beziehung zum Patienten:.....  
 Autoimmun Pankreatitis: Ja / Nein Wenn ja: Beziehung zum Patienten:.....  
 Bauchspeicheldrüsenkrebs: Ja / Nein Wenn ja: Beziehung zum Patienten:.....  
 Andere (bitte beschreiben):..... Beziehung zum Patienten: .....

**Angeborene anatomische Fehlbildung der Bauchspeicheldrüse:**

Ja / Nein / Unbekannt

Wenn ja: Bitte notieren/beschreiben:

.....  
 .....

**Andere Krankheiten: Ja / Nein**

Wenn ja: Bitte notieren/beschreiben:

.....  
 .....

**Regelmäßige Medikation: Ja / Nein**

Wenn ja:

Name:.....	Dosierung:.....	Seit wann?:.....
Name:.....	Dosierung:.....	Seit wann?:.....
Name:.....	Dosierung:.....	Seit wann?:.....
Name:.....	Dosierung:.....	Seit wann?:.....
Name:.....	Dosierung:.....	Seit wann?:.....
Name:.....	Dosierung:.....	Seit wann?:.....

*(Wenn weitere Medikamente angegeben werden, diese bitte unter "Notizen" am Ende des Fragebogens notieren)***Diät: Ja / Nein**

Wenn ja: Bitte notieren/beschreiben:.....

**3. Ätiologie**

Gallensteine/

Andere biliäre Erkrankungen	Ja	Nein	Unbekannt
Alkohol	Ja	Nein	Unbekannt
Virus Infektionen	Ja	Nein	Unbekannt
Trauma	Ja	Nein	Unbekannt
Drogen-induziert	Ja	Nein	Unbekannt
Angeborene anatomische Fehlbildung	Ja	Nein	Unbekannt
Zystische Fibrose	Ja	Nein	Unbekannt
Hypertriglyzeridämie	Ja	Nein	Unbekannt
Gluten-sensitive Enteropathie	Ja	Nein	Unbekannt
Genetisch bedingt	Ja	Nein	Nicht getestet
Idiopathisch	Ja	Nein	Unbekannt
Andere	Ja	Nein	Unbekannt

Wenn ja: Bitte notieren/beschreiben: .....

**4. Beschwerden, Symptome****Bauchschmerzen:** Ja / Nein

Wenn ja: Seit wann? (Stunden):.....

Qualität: krampfartig / stumpf / stechend

Intensität (1-10):.....

Lokalisation:.....

Ausbreitung/Ausstrahlung der Schmerzen:.....

**Übelkeit:** Ja / Nein**Erbrechen:** Ja / Nein

Wenn ja: Wie oft?:.....

Inhalt/Konsistenz des Erbrochenen:.....

**Erhöhte Temperatur/Fieber:** Ja / Nein

Falls ja: Seit wann?:.....

Wie hoch? (°C):.....

**Appetit:** gut / mäßig / schlecht**Gewichtsverlust:** Ja / Nein

Wenn ja: Wie viel (kg):.....

In welcher Zeitspanne (Wochen):.....

**Ikterus:** Ja / Nein

Wenn ja: Wie lange/seit wann:.....

**Stuhl:** normal / flüssig / Verstopfung / fettig / übelriechend / blutig / unverdaute Nahrungsreste**5. Aufnahmedetails und Status****Blutdruck (Hgmm):**.....**Puls (/Minute):**.....**Gewicht (kg):**.....**Größe (m):**.....**Atemfrequenz (/Minute):**.....**Körpertemperatur (°C):**.....**Abdomineller Druckschmerz/ -Empfindlichkeit:** Ja / Nein**Abwehrspannung:** Ja / Nein**Ikterus:** Ja / Nein**Darmgeräusche:** fehlend / vermindert / normal / vermehrt**Glasgow-Coma-Skale (GCS):**.....**Augenöffnen:**

4 Punkte: Spontan

3 Punkte: nach Aufforderung

2 Punkte: auf Schmerzreiz

1 Punkt: Nicht

**Sprache:**

5 Punkte: Orientiert, klar

4 Punkte: Verwirrt

3 Punkte: einzelne Wörter

2 Punkte: einzelne Laute

1 Punkt: Keine

**Bewegung:**

6 Punkte: nach Aufforderung

5 Punkte: gezielte Abwehrbewegung

4 Punkte: ungezielte Abwehrbewegung

3 Punkte: Beugebewegung

2 Punkte: Streck beugebewegung

1 Punkte: Keine

**6. Laborparameter bei Aufnahme****OBLIGATORISCHE PARAMETER:**

Amylase (U/l)	
Lipase (U/l) (Nur notwendig, wenn Amylase nicht gemessen wurde)	
Leukozyten, Anzahl(G/l)	
Erythrozyten, Anzahl (T/l)	
Hämoglobin (g/l)	
Hematokrit (%)	
Thrombozyten (G/l)	
Glukose (mmol/l)	
Blut-Harnstoff-Stickstoff (mmol/l)	
Kreatinin (umol/l)	
eGFR	
C-reaktives Protein (mg/l)	
ASAT/GOT (U/l)	
Lactat Dehydrogenase LDH (U/l)	
Calcium (mmol/l)	

**ANDERE PARAMETER (falls gemessen):**

Natrium (mmol/l)	
Kalium (mmol/l)	
Gesamteiweiß (g/l)	
Albumin (g/l)	
Cholesterin (mmol/l)	
Triglyzeride (mmol/l)	
ALAT/GPT (U/l)	
Gamma GT (U/l)	
Bilirubin gesamt (umol/l)	
Direkt/konjugiertes Bilirubin (umol/l)	
Alkalische Phosphatase (U/l)	
Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSR)/Westergren (mm/h)	
Procalcitonin (ng/ml)	
IgA (g/l)	
IgM (g/l)	
IgG (g/l)	
IgG4 (g/l)	
CA 19-9 (U/ml)	
PaO <sub>2</sub> (Hgmm)	
HCO <sub>3</sub> (mmol/l)	
sO <sub>2</sub> (%)	
Schweißtest (mmol/l)	
Urin Amylase	
Urin Lipase	
Urin Kreatinin	
(Andere)	
(Andere)	



Virus Serologie: Welches Virus? Ergebnisse:.....  
.....

### 7. Bildgebung bei Aufnahme

Hat der/die Patient/-in einen Pleuraerguss?	Ja	Nein
Hat der/ die Patient/-in Lungeninfiltrate?	Ja	Nein
Hat der/ die Patient/-in abnormale Pankreas-Strukturen?	Ja	Nein

**Abdomen- Sonographie:** Ja Nein

Beschreibung:

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

**Abdomen-Röntgen:** Ja Nein

Beschreibung:

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

**Thorax-Röntgen:** Ja Nein

Beschreibung:

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

**Thorax-CT:** Ja Nein

Beschreibung:

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

**Abdomen-CT:** Ja Nein

Beschreibung:

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

**8. Genetische Tests**

Wurden bereits früher durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja: Bitte notieren/benennen:

.....

.....

.....

**9. Sofortige Therapie bei Aufnahme (in der Notfallambulanz, bevor der/die Patient/-in auf die Station transferiert wurde)**

**Infusion:** Ja Nein  
 Wenn ja: Art der Infusion: .....  
 Menge: .....(ml)

**Enterale Ernährung (Sonde):** Ja Nein  
 Wenn ja: naso-gastral / naso-jejunal  
 Ernährung: .....  
 Menge: ..... (ml)  
 Verdünnung: Ja Nein

**Schmerztherapie:** Ja Nein  
 Wenn ja: Gabe: oral / enteral / intravenös / epidural  
 Name des Medikaments:.....  
 Dosierung:.....  
 Wie lange (Tage):.....

**Antibiotikatherapie:** Ja Nein  
 Wenn ja: Gabe: oral / enteral / intravenös  
 Name des Medikaments:.....  
 Dosierung:.....  
 Wie lange (Tage):.....

**Insulin:** Ja Nein  
 Wenn ja: Name des Medikamentes:.....  
 Dosierung:.....  
 Wie lange (Tage):.....

**Intensivmedizin:** Ja Nein  
 Wenn ja: Ursache (Ventilation, Vasopressortherapie, etc.):.....  
 Wie lange (Tage):.....

**Sonstiges:**

Wenn ja:  
 Bitte notieren/beschreiben:.....

.....

.....

.....



**10. Komplikationen**

<b>Pankreas:</b>	Ja	Nein
Wenn ja:	Flüssigkeitsansammlungen / Pseudozyste/ Nekrose/ Diabetes	
<b>Organversagen:</b>	Ja	Nein
Wenn ja:	Lunge /Herz/ Niere /Sonstiges	
<b>Tod:</b>	Ja	Nein

**NOTIZEN**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DATUM:**

JAHR: ..... MONAT: ..... TAG: ..... UHRZEIT: ..... MIN: .....

Behandelnde(r) Arzt/Ärztin: ..... Unterschrift: .....