

ÇOCUK İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞI ÇALIŞMA FORMU

| | | |
|--|--|--|
| MERKEZ BİLGİLERİ | | |
| Kullanıcı: | | |
| Merkez adı: | | |
| Doktor adı: | | |
| Aydınlatılmış onam formu alınma tarihi (Gün/Ay/Yıl): / / | | |
| DEMOGRAFİK BİLGİLER | | |
| Adı: | | |
| Soyadı: | | |
| Doğum tarihi (Gün/Ay/Yıl): / / | | |
| Yaş: | | |
| Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Kız <input type="checkbox"/> Erkek | | |
| TC Kimlik No: | | |
| Yaşadığı Yer: <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Kırsal | | |
| Yaşadığı Şehir: | | |
| Babanın Öğrenim Durumu: <input type="checkbox"/> Okur-Yazar Değil <input type="checkbox"/> Okur-Yazar <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Bilinmiyor | | |
| Annenin Öğrenim Durumu: <input type="checkbox"/> Okur-Yazar Değil <input type="checkbox"/> Okur-Yazar <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Bilinmiyor | | |
| Ailenin Gelir Düzeyi: <input type="checkbox"/> <1000 <input type="checkbox"/> 1000-2000 <input type="checkbox"/> >2000 <input type="checkbox"/> Bilinmiyor | | |
| Kardeş Sayısı: | | |
| Anne Boy (cm): | | |
| Baba Boy (cm): | | |
| MEDİKAL BİLGİLER | | |
| Doğum tipi: <input type="checkbox"/> Sezeryan <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bilinmiyor | | |
| İU matürasyon: <input type="checkbox"/> Matür <input type="checkbox"/> Prematür <input type="checkbox"/> İmmatür <input type="checkbox"/> Surmatür <input type="checkbox"/> Bilinmiyor | | |
| Anne sütü: <input type="checkbox"/> Aldı (Süresi:) <input type="checkbox"/> Almadı <input type="checkbox"/> Bilinmiyor | | |
| Ek Gıdalara Geçiş Ayı: | | |
| İnek Sütü Başlangıç Ayı: | | |
| Eşlik eden kronik hastalık: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var () <input type="checkbox"/> Bilinmiyor | | |
| Alerji: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var () <input type="checkbox"/> Bilinmiyor | | |
| Geçirilmiş ishal: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Bilinmiyor | | |
| Geçirilmiş apendektomi öyküsü: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Bilinmiyor | | |
| Uzun süreli ilaç kullanım öyküsü: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Adı ve süresi:) <input type="checkbox"/> Bilinmiyor | | |
| Sigara kullanım öyküsü: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Süresi:) <input type="checkbox"/> Bilinmiyor | | |
| Evde sigara kullanımı: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Bilinmiyor | | |
| Anne-Baba akrabalık durumu: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Derecesi:) | | |
| Anne kronik hastalık: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> ÜK <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> Diğer: | | |
| Baba kronik hastalık: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> ÜK <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> Diğer: | | |
| Anne-Baba dışında ailede İBH öyküsü: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var: | | |
| TANI BİLGİLERİ | | |
| Başvuru Tarihi (Gün/Ay/Yıl): / / Bilinmiyor | | |
| Tanı Tarihi (Gün/Ay/Yıl): / / Bilinmiyor | | |
| Yakınma Süresi: | | |
| Tanı: <input type="checkbox"/> Ülseratif Kolit <input type="checkbox"/> Crohn Hastalığı <input type="checkbox"/> Kolit <input type="checkbox"/> Sınıflandırılmayan Kolit | | |
| Yakınma sebepleri | | |
| <input type="checkbox"/> Karın Ağrısı <input type="checkbox"/> Kilo Kaybı <input type="checkbox"/> Sarılık | | |
| <input type="checkbox"/> Kabız-İshal Atakları <input type="checkbox"/> Eklem Ağrısı <input type="checkbox"/> HSM | | |
| <input type="checkbox"/> İshal <input type="checkbox"/> Döküntü <input type="checkbox"/> Asit | | |
| <input type="checkbox"/> Tenesmus <input type="checkbox"/> Ateş <input type="checkbox"/> Oral aft / ülser | | |
| <input type="checkbox"/> Kanlı İshal <input type="checkbox"/> Halsizlik <input type="checkbox"/> Perianal hastalık | | |
| <input type="checkbox"/> Gece Dışkılama <input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> Rektal Kanama | | |
| <input type="checkbox"/> Sıkışma <input type="checkbox"/> Fistül <input type="checkbox"/> Diğer | | |

FİZİK BAKI

| | | |
|---|---|--|
| Boy (cm): | Persantil: | SDS: |
| Kilo (kg): | Persantil: | SDS: |
| Baş Çevresi (cm): | Persantil: | <input type="checkbox"/> Yok |
| Vücut Kitle Endeksi (kg/m ²): | Persantil: | |
| Kan Basıncı (mmHg): | Sistolik: _____ Diastolik: _____ | <input type="checkbox"/> Bilinmiyor <input type="checkbox"/> Bilinmiyor |
| Kardiak Nabız (/dk): | | <input type="checkbox"/> Bilinmiyor |
| Vücut Isısı (°C): | | <input type="checkbox"/> Bilinmiyor |
| Baş-Boyun: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: | |
| Toraks: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: | |
| Batın: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Distantü <input type="checkbox"/> Hassas <input type="checkbox"/> Diğer | |
| Extremite: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: | |
| Cilt: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: | |
| Perianal: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fissür <input type="checkbox"/> Deri kıvrımı <input type="checkbox"/> Fistül <input type="checkbox"/> Perianal abse <input type="checkbox"/> Ülser | |
| Rektal Tuşe: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: | |
| Tanner Evre: | | |

LABORATUVAR

| | | |
|--------------------------------------|--|---------------|
| WBC (/mm ³): | Üre (mg/dl): | IgG (mg/dl): |
| RBC (/mm ³): | Kreatinin (mg/dl): | Ig M (mg/dl): |
| Hgb (g/dl): | Na (mmol/l): | Ig A (mg/dl): |
| MCV (fl): | K (mmol/l): | |
| Htc (%): | Ca (mg/dl): | ASCA: |
| PLT (mm ³): | P (mg/dl): | pANCA: |
| MPV (fl): | Cl (mmol/l): | |
| Sedim (mm/sa): | Mg (mg/dl): | |
| CRP (mg/dl): | ALP (U/L): | |
| Fe (µg/dl): | ALT (SGPT) (U/L): | |
| DBK (µg/dl): | AST (SGOT) (U/L): | |
| Ferritin (ng/ml): | GGT (U/L): | |
| B12 (pg/ml): | T.bil (mg/dl): | |
| Folik Asit (ng/ml): | D.bil (mg/dl): | |
| Zn (µg/dl): | T.Protein (g/dl): | |
| 25 OH vit D (ng/ml): | Albumin (g/dl): | |
| PTH (ng/ml): | Globulin (g/dl): | |
| Osteokalsin (ng/ml): | | |
| Dışkı Mikroskopisi: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: | |
| Dışkı Kültür: | <input type="checkbox"/> Üreme Yok <input type="checkbox"/> Üreme Var: | |
| Dışkı Clostridium Difficile Toksini: | <input type="checkbox"/> Bakılmadı <input type="checkbox"/> Pozitif <input type="checkbox"/> Negatif | |
| Dışkı Parazit: | <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var: | |
| Fekal Kalprotekrin: | <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var: | |
| FMF Mutasyonu: | <input type="checkbox"/> Bakılmadı <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif (/) | |
| Tromboz Paneli | <input type="checkbox"/> Bakılmadı <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Pozitif | |

GÖRÜNTÜLEME

| | | |
|-------------------------|---|----------------------------------|
| USG: | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: | |
| İnce Bağırsak: | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: | |
| BT Enterografi | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: | |
| MR Enterografi | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: | |
| Kemik Mineral Dansitesi | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Yapıldı: L ₁ -L ₄ (g/cm ²): | Femur-neck (g/cm ²): |

KONSULTASYONLAR

| | | |
|-------------|--|--|
| Göz: | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: | |
| İmmünoloji: | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: | |
| Romatoloji: | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: | |
| Endokrin: | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: | |
| Diğer () | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: | |

| | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| ÜLSERATİF KOLİT | | | | | | | |
| Yaygınlık | <input type="checkbox"/> E1 Proktit Rektumda sınırlı hastalık <input type="checkbox"/> E2 Sol kolon Splenik köşenin distaline lokal hastalık <input type="checkbox"/> E3 Yaygın Splenik fleksurayı aşan hastalık, pankolit | | | | | | |
| PUCAİ: | | | | | | | |
| KOLİT | | | | | | | |
| Yaygınlık | <input type="checkbox"/> Lokal <input type="checkbox"/> Yaygın | | | | | | |
| KOLONOSKOPI (ÜK ve kolitte) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Yapıldı (ise bulguları tabloda işaretleyiniz) | | | | | | | |
| Bulgular | Rektum | Sigmoid | Sağ kolon | Sol kolon | Çekum | İleum | |
| Normal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Mukozada hafif frajilite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Orta derecede frajil mukoza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kanamalı ülserler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Yapılmadı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CROHN HASTALIĞI | | | | | | | |
| Yaygınlık | <input type="checkbox"/> Lokal hastalık: 30 cm.'den daha az intestinal tutulumu tanımlar. Bu tanım genellikle ileoçekal bölge (<30 cm ileum ± sağ kolon) için tanımlanmakla birlikte, izole kolon tutulumu veya proksimal ince barsak hastalığı içinde söz konusudur. <input type="checkbox"/> Yaygın hastalık: Herhangi bir lokalizasyonda >100 cm intestinal tutulumu tanımlar. Bu uzunluk devamlı olmayan inflame barsak segmentlerinin toplamını ifade eder. | | | | | | |
| PCHAİ: | | | | | | | |
| KOLONOSKOPI (Crohn ve indeterminate kolitte) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Yapıldı (ise bulguları tabloda işaretleyiniz) | | | | | | | |
| Bulgular | Rektum | Sigmoid | Sağ kolon | Sol kolon | Çekum | İleum | |
| Yapılmadı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Normal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <5 aftöz lezyon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| >5 aftöz lezyon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Yaygın aftöz lezyon ve hiperemik mukoza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ülserler ve daralma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fissür | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Fistül | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kolitis ülserozada ve indeterminate: | <input type="checkbox"/> Haustrasyon kaybı <input type="checkbox"/> Pseudopolip <input type="checkbox"/> Diğer () <input type="checkbox"/> Yapılmadı | | | | | | |
| Crohnda | <input type="checkbox"/> Haustrasyon kaybı <input type="checkbox"/> Diğer () <input type="checkbox"/> Yapılmadı | | | | | | |
| HİSTOPATOLOJİ (Ortak) | | | | | | | |
| Bulgular | Rektum | Sigmoid | Sağ kolon | Sol kolon | Çekum | İleum | |
| Yapılmadı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Plasma hücre infiltrasyonunda artış | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Basal plasmasitoz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kriptit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kript absesi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Arkitektural (yapısal) bozukluk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Pilorik metaplazi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Paneth hücre metaplazisi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Granülom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| KOLEKTOMİ (Sadece Crohn hastalığı ve indeterminate kolit tanısı alan hastalarda doldurulacak) | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Yapıldı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Transmural İnflamasyon <input type="checkbox"/> Lenfoid Hiperplazi <input type="checkbox"/> Submukozal Kalınlaşma <input type="checkbox"/> Fissür <input type="checkbox"/> Sarkoid Granülom <input type="checkbox"/> Enterik Nöron Değişiklikleri <input type="checkbox"/> Kısmen Korunmuş Epitel <input type="checkbox"/> Epitel Harabiyeti ve/veya Ülser <input type="checkbox"/> Mukus Kaybı <input type="checkbox"/> Granülom | | | | | | |

| | |
|---|---|
| ÜST GİS ENDOSKOPI | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Yapıldı (ise bulguları aşağıya yazınız) |
| Özefagus | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: |
| Fundus | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: |
| Korpus | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: |
| Antrum | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: |
| Bulbus | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: |
| Duedonum | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: |
| ÜST GİS HİSTOPATOLOJİ | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Yapıldı (ise bulguları aşağıya yazınız) |
| Özefagus | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: |
| Fundus | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: |
| Korpus | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: |
| Antrum | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: |
| Bulbus | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: |
| Duedonum | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: |
| TEDAVİ | |
| REMİSYON İNDÜKSİYON TEDAVİSİ | |
| <input type="checkbox"/> Enteral Beslenme: | <input type="checkbox"/> Tam <input type="checkbox"/> Parsiyel |
| <input type="checkbox"/> PO Steroid | Doz: Birim: |
| <input type="checkbox"/> Rektal Steroid: | Doz: Birim: |
| <input type="checkbox"/> PO Budesonid | Doz: Birim: |
| <input type="checkbox"/> Rektal 5_ASA | Doz: Birim: |
| <input type="checkbox"/> PO 5-ASA | Doz: Birim: |
| <input type="checkbox"/> Biyolojik Ajan | Adı: Doz: Birim: |
| <input type="checkbox"/> Diğer | Adı: Doz: Birim: |
| Remisyon indüksiyon tedavisine yanıt | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok |
| İDAME TEDAVİ | |
| <input type="checkbox"/> 5-ASA | Doz: Birim: |
| <input type="checkbox"/> Thiopürin | Doz: Birim: |
| <input type="checkbox"/> Diğer | Adı: Doz: Birim: |
| RÖLAPS | <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var: (Tarih: / /) |
| Rölaps tipi | <input type="checkbox"/> Seyrek (Seyrek rölaps: Yılda 1 kez rölaps) <input type="checkbox"/> Sık (Sık rölaps: Yılda 2 ve daha çok rölaps) <input type="checkbox"/> Süregen Hastalık (Süregen hastalık: Hastalık bulgularının kesintisiz devamlılığı) |
| Steroid Direnci | <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Steroid ile (2mg/kg/g, maksimum 60mg/g) 4 hafta tedavinin sonunda yanıt izlenmemesidir) |
| Steroid Bağımlılığı | <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Aşağıdaki durumlardan birini sergileyen hastada steroid bağımlılığı söz konusudur: * Steroid ile tedavi başlanmasını takip eden 3 ay içerisinde aktif hastalık bulgularının tekrarlanması nedeni ile steroid dozunun 10 mg/günün altına düşürülmesi * Steroid kesilmesini takip eden 3 ay içerisinde aktif hastalık bulgularının geri dönmesi |
| CERRAHİ | <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Tarih:/...../.....) Cerrahi Prosedür: |
| Cerrahi Sonrası Rekürrens | <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Tarih:/...../.....) |
| Cerrahi Materyal Patolojisi | <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patolojik: |