

AANMELDFORMULIER REGIONAAL OVERLEG IBD KINDERGENEESKUNDE

Toestemming patiënt gevraagd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee		
Initialen patiënt			Naam ziekenhuis	
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw	Thans opgenomen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Leeftijd			Naam kinderarts MDL	
Datum ingediend			Medebehandeling Erasmus MC - Sophia	
Eerder besproken op				

Vraagstelling ter bespreking in IBD-overleg

--

Medicatiehistorie	Datum	Dosis / Frequentie	Aanvullende info
<input type="checkbox"/> Mesalazine			
<input type="checkbox"/> Prednison			
<input type="checkbox"/> Azathioprine/6-Mercaptopurine/6-Thioguanine/Methotrexaat			
<input type="checkbox"/> Infliximab/Adalimumab/Biosimilar			
<input type="checkbox"/> Klysma therapie			
Overige medicatie:			
Aanvullende informatie t.a.v. voorgeschiedenis/medicatie:			

Beloop tot nu toe

	Exclusieve voedings therapie	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Periode?
	Supplementaire voeding	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Periode?

Ziekte activiteit

Klinische ziekte activiteit	PCDAI /PUCAI			
Defecatie frequentie	per dag:	per nacht:		
Buikpijn	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Weinig	<input type="checkbox"/> Ernstig	
Rectaal bloedverlies	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Weinig, < helft van de keren	<input type="checkbox"/> Weinig, de meeste keren	<input type="checkbox"/> Veel
Algemeen welbevinden	<input type="checkbox"/> Goed, geen beperking	<input type="checkbox"/> Matig, kan aan sommige dingen niet meedoen		<input type="checkbox"/> Slecht, ernstige beperking
Huidige medicatie			Dosis / Frequentie	Aanvullende info o.a. spiegels
<input type="checkbox"/> Mesalazine				
<input type="checkbox"/> Prednison				
<input type="checkbox"/> Azathioprine/6-Mercaptopurine/6-Thioguanine/Methotrexaat				
<input type="checkbox"/> Infliximab/Adalimumab/Biosimilar				
<input type="checkbox"/> Klysma therapie				
Overige medicatie:				

Diagnose, datum:			
<input type="checkbox"/> M. Crohn	Phenotypering (Paris classification)	A1a/A1b B1/B2/B3/B2B3	L1/L2/L3 G0/G1* P, indien ja soort perianale afwijking: Abces ja/nee/onbekend Stenose ja/nee/onbekend
<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa	Phenotypering (Paris Classification)	E1/E2/E3/E4	S0/S1
<input type="checkbox"/> IBD Unclassified			
Relevante co-morbiditeit / EIM:			
Relevante operaties:			

Relevante bevindingen van:	
Endoscopie onderzoek (incl. datum onderzoek en beloop)	
Laboratorium / faeces onderzoek (incl. datum onderzoek en beloop)	
Histologisch onderzoek (incl. datum onderzoek en PA-nummers)	
Radiologische onderzoeken (incl. datum onderzoek)	

Groeigegevens:			
Huidige lengte in cm (SD lengte / leeftijd)	Lengte SD < 2 SD binnen Target height	<input type="checkbox"/>	Ja
		<input type="checkbox"/>	Nee
Huidige gewicht in kg (SD gewicht / lengte)	Gewichtsverlies:	<input type="checkbox"/>	Ja
		<input type="checkbox"/>	Nee
Groeicurve (lengte)	Geen afbuiging Geen afbuiging lengtegroei	<input type="checkbox"/>	
	Wel afbuiging SD afbuiging	<input type="checkbox"/>	
	Herstel afbuiging	<input type="checkbox"/>	
*G1 volgens Paris classification:		<input type="checkbox"/>	Nee
		<input type="checkbox"/>	n.v.t.

Advies n.a.v. IBD-overleg