

АНКЕТА ПОВТОРНОГО ВИЗИТА ПАЦИЕНТА С ОПУХОЛЯМИ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ ОБЛАСТИ

| |
|--|
| ЛПУ (короткое наименование, город): |
| Фамилия И.О. доктора: |
| Дата заполнения анкеты (цифрами): «___»___20___ г. |

Внимание!!! Разделы со звездочкой (*) обязательны для заполнения!

1. Паспортные данные больного (ФИО заполнять разборчиво печатными буквами)

*Фамилия Имя Отчество: _____

*Дата рождения (цифрами): «___»___ г

*Домашний адрес: Регион (Республика, край, область) _____

| 2. *Текущий Статус: | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Жив <input type="checkbox"/> Нет данных (потерян) → дата последнего визита (контакта): «___»___20___ г <input type="checkbox"/> Смена места жительства → дата снятия с учета: «___»___20___ г <input type="checkbox"/> Смена диагноза → Дата смены диагноза: «___»___20___ г; Новый диагноз _____ <input type="checkbox"/> Умер → дата смерти «___»___20___ г; → причина смерти (выбрать): <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>ΔАденома гипофиза (агрессивный рост, отек мозга)</p> <p>ΔОнкология → Орган поражения: _____</p> <p>ΔИнфекция, сепсис</p> <p>ΔСуицид</p> <p>ΔПричина смерти не установлена</p> <p>ΔСердечно-сосудистые заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ишемическая болезнь сердца ○ Нарушение мозгового кровообращения ○ Другие сосудистые заболевания: _____ </div> <div style="width: 48%;"> <p>ΔЗаболевания дыхательной системы</p> <p>ΔЗаболевания органов печени, поджелудочной железы, органов ЖКТ</p> <p>ΔДругое → _____</p> <p>ΔЭндокринные заболевания и осложнения:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Сахарный диабет и его осложнения ○ Надпочечниковая недостаточность ○ Низкотравматические переломы ○ Другие эндокринные нарушения: _____ </div> </div> | |
| 3. *Клинический диагноз: | |
| <input type="checkbox"/> Болезнь Иценко-Кушинга <input type="checkbox"/> Акромегалия <input type="checkbox"/> Прولاктинома | <input type="checkbox"/> Неактивная опухоль гипофиза <input type="checkbox"/> Др. опухоль/инфильтративное заболевание ЦНС <input type="checkbox"/> Редкая аденома гипофиза |

ВИЗИТ

*Дата визита _____/_____/_____ г.

Следующий визит через: 1 месяц / 2 месяца / 3 месяца / 6 месяцев / 9 месяцев / 12 месяцев

| | | | | | |
|---|---|--|---|---------------------------------------|--|
| 7. *Стадия основного заболевания | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ремиссия <input type="checkbox"/> Нет ремиссии | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Неполная ремиссия → указать Медикаментозный контроль: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть | | | | | |
| 8. *Группа инвалидности: | | | | | |
| <input type="radio"/> 1-я группа | | <input type="radio"/> 2-я группа | | <input type="radio"/> 3-я группа | |
| | | | | <input type="radio"/> Нет | |
| | | | | <input type="radio"/> Нет данных | |
| 9. Биометрические показатели | | | | | |
| Рост, см _____ | | | Вес, кг _____ | | |
| 10. *Клинические проявления (на момент заполнения карты/визита): | | | | | |
| 10.1. *Жалобы/Клинические проявления <input type="radio"/> Нет жалоб/Клинических проявлений | | | | | |
| <input type="radio"/> Изменение внешности | | <input type="radio"/> Артериальная ГИПЕРтензия | | <input type="radio"/> Боли в костях | |
| <input type="radio"/> Диспластическое ожирение | | <input type="radio"/> Артериальная ГИПОтензия | | <input type="radio"/> Боли в суставах | |
| <input type="radio"/> Равномерное ожирение | | <input type="radio"/> Низкотравматические переломы | | <input type="radio"/> Узловой зоб | |
| <input type="radio"/> Избыточный рост волос | | <input type="radio"/> Выделения из молочных желез | | <input type="radio"/> Отеки | |
| <input type="radio"/> Избыточная потливость | | <input type="radio"/> Нарушения менструального цикла | | <input type="radio"/> Головные боли | |
| <input type="radio"/> Общая слабость | | <input type="radio"/> Снижение либидо/импотенция | | <input type="radio"/> Головокружения | |
| <input type="radio"/> Мышечная слабость | | <input type="radio"/> Увеличение размеров рук и стоп | | <input type="radio"/> Бесплодие | |
| | | <input type="radio"/> Храп/остановки дыхания во сне | | <input type="radio"/> Стрии | |
| 10.2. *Зрительные нарушения: <input type="radio"/> Нет нарушений <input type="radio"/> Нет данных | | | | | |
| <input type="radio"/> Снижение остроты зрения | | <input type="radio"/> Сужение полей зрения | | | |
| <input type="radio"/> Атрофия дисков зрительных нервов | | <input type="radio"/> Косоглазие | | | |
| <input type="radio"/> Птоз | | <input type="radio"/> Анизокория | | | |
| | | <input type="radio"/> Туннельный синдром | | | |
| 11. *Данные гормонального обследования (*-обязательные поля по диагнозам: А-акромегалия; П-пролактинома; Б-БИК; Д-другая опухоль) | | | | | |
| * | Гормон | Результат | Единицы измерения | Норма | |
| А; Д | ИФР-1 | | <input type="checkbox"/> нмол/л <input type="checkbox"/> нг/мл <input type="checkbox"/> мкг/л | | |
| | СТГ(0') исходно | | <input type="checkbox"/> мЕд/л (мМЕ/л) <input type="checkbox"/> нг/мл | | |
| | СТГ(30') на ОГТТ | | | | |
| | СТГ(60') на ОГТТ | | | | |
| | СТГ(90') на ОГТТ | | | | |
| | СТГ(120') на ОГТТ | | | | |
| П; Д | ПРЛ | | <input type="checkbox"/> мЕд/л (мМЕ/л) <input type="checkbox"/> мкг/л | | |
| Б | АКТГ 8.00 | | <input type="checkbox"/> пмол/л <input type="checkbox"/> пг/мл <input type="checkbox"/> нг/л | | |
| | АКТГ 23.00 | | | | |
| Б | Св. Кортизол в слюне 23.00 | | <input type="checkbox"/> нмол/л <input type="checkbox"/> мкг/л <input type="checkbox"/> нг/мл | | |
| Б | Св. КОРТИЗОЛ в моче | | <input type="checkbox"/> нмол/сут <input type="checkbox"/> мкг/сут | | |
| | Кортизол в крови | | <input type="checkbox"/> нмол/л <input type="checkbox"/> мкг/л <input type="checkbox"/> нг/мл | | |
| | Малая DX проба (1мг) кортизол на пробе | | | | |
| | Большая DX проба (8мг) кортизол исходно | | | | |
| | кортизол на пробе | | | | |
| | ТТГ | | мЕд/л (мМЕ/л) | | |
| | Св. тироксин (Т4) | | <input type="checkbox"/> пмол/л <input type="checkbox"/> нг/л <input type="checkbox"/> пг/мл | | |
| | ЛГ | | Ед/л (МЕ/л) | | |
| | ФСГ | | | | |
| | Эстрадиол | | <input type="checkbox"/> пмол/л <input type="checkbox"/> пг/мл <input type="checkbox"/> нг/л | | |
| | Тестостерон | | <input type="checkbox"/> нмол/л <input type="checkbox"/> нг/мл <input type="checkbox"/> нг/дл <input type="checkbox"/> нг/л <input type="checkbox"/> мкг/л | | |

Просьба указывать ТН и вариант Упаковки из Справочника лекарственных препаратов (Приложение)!!!

| 14. *Медикаментозная терапия <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА | | | | Упаковка | Дата начала терапии | Дата окончания терапии |
|--|---------------------------|------|--------------------|-------------|---------------------|------------------------|
| Действующее вещество | Торговое название | Доза | Ед. изм. дозы | | | |
| Агонисты дофаминовых рецепторов: (для всех пациентов, получающих агонисты дофамина, необходимо ежегодно проводить ЭХО-КГ для исключения фиброза клапанов сердца!) | | | | | | |
| Бромокриптин | | | таб / сут | | | |
| Каберголин | | | таб / нед | | | |
| Хинаголид | | | таб / сут | | | |
| Аналоги соматостатина: | | | | | | |
| Октреотид - короткий | | | инъекций / сут | | | |
| Октреотид-депо формы | | | инъекций / 28 дней | | | |
| Ланреотид | Соматулин Аутожель 120 мг | | инъекций / 28 дней | | | |
| | Соматулин Аутожель 90 мг | | инъекций / 28 дней | | | |
| | Соматулин Аутожель 60 мг | | инъекций / 28 дней | | | |
| Пасиреотид | | | инъекций / сут | | | |
| Антагонисты рецепторов к СТГ: | | | | | | |
| Пегвисомант | Сомаверт 10 мг | | инъекций / сут | Флакон 1 мл | | |
| | Сомаверт 15 мг | | инъекций / сут | Флакон 1 мл | | |
| | Сомаверт 20 мг | | инъекций / сут | Флакон 1 мл | | |
| Блокаторы стероидогенеза: | | | | | | |
| Кетоконазол | | | таб / сут | | | |
| о,р-ДДТ | Митотан 500 мг | | таб / сут | | | |
| Синтетическое стероидное антигестагенное | | | | | | |
| Мифепристон | | | таб / сут | | | |
| Другое лекарственное средство: | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | |
|--|---|---|
| 15. *Нежелательные явления <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА | | |
| Дата регистрации ____/____/____ г. | | |
| Нежелательное явление: | <input type="checkbox"/> Реакции в месте инъекции | <input type="checkbox"/> Повышение трансаминаз |
| <input type="checkbox"/> ЖКТ-непереносимость | <input type="checkbox"/> Головная боль / головокружения | <input type="checkbox"/> Нарушения ритма сердца |
| <input type="checkbox"/> Кровоизлияние в опухоль | <input type="checkbox"/> Усугубление нарушений углеводного обмена | <input type="checkbox"/> Смерть |
| <input type="checkbox"/> Холелитиаз | <input type="checkbox"/> Назальная ликворея | <input type="checkbox"/> Другое → _____ |
| Степень серьезности: <input type="checkbox"/> НЯ / <input type="checkbox"/> СНЯ | | |
| Связь с терапией: <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА → Препарат _____ Дата начала терапии ____/____/____ г. | | |
| Изменение терапии: <input type="checkbox"/> Без изменений <input type="checkbox"/> Изменение Дозы <input type="checkbox"/> Отмена | | |