

# АНКЕТА РЕГИСТРАЦИИ 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      Пол: М ☐ Ж ☐

СНИЛС: \_\_\_\_\_

\*Домашний адрес: Регион (Республика, край, область) \_\_\_\_\_

Район (для нас.пунктов)/Округ (для Москвы) \_\_\_\_\_

Город/Населенный пункт: \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_ Д-К-КВ \_\_\_\_\_

Контактная информация (телефон/e-mail) \_\_\_\_\_

\*Информированное согласие: подписано / не подписано      Дата подписания «\_\_\_»\_\_\_ г

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):	
ΔАденома гипофиза (агрессивный рост, отек мозга)      ΔЗаболевания дыхательной системы	
ΔОнкология → Орган поражения: _____	
ΔИнфекция, сепсис      ΔЗаболевания органов печени, поджелудочной железы, органов ЖКТ	
ΔСуицид      ΔТравмы, отравление      ΔДругое → _____	
ΔПричина смерти не установлена      ΔЭндокринные заболевания и осложнения:	
ΔСердечно-сосудистые заболевания:	
<input type="checkbox"/> Ишемическая болезнь сердца	<input type="checkbox"/> Сахарный диабет и его осложнения
<input type="checkbox"/> Нарушение мозгового кровообращения	<input type="checkbox"/> Надпочечниковая недостаточность
<input type="checkbox"/> Другие сосудистые заболевания: _____	<input type="checkbox"/> Низкотравматические переломы
<input type="checkbox"/> Другие эндокринные нарушения: _____	

3. *Клинический диагноз:	
<input type="checkbox"/> Болезнь Иценко-Кушинга <input type="checkbox"/> Акромегалия <input type="checkbox"/> Пролактинома <input type="checkbox"/> Редкая аденома гипофиза: ΔТиреотропинома    ΔГонадотропинома ΔСмешанная опухоль гипофиза    ΔДругое → _____	<input type="checkbox"/> Неактивная опухоль гипофиза <input type="checkbox"/> Др.опухоль/инфильтративное заболевание ЦНС: ○Астроциты      ○Метастаз      ○Саркоидоз ○Краниофарингиома    ○Глиома      ○Менингиома ○Герминома      ○Лимфоцитарный гипофизит
Превышение уровня гормонов: <input type="checkbox"/> СТГ, <input type="checkbox"/> ПРЛ, <input type="checkbox"/> АКТГ, <input type="checkbox"/> ТТГ, <input type="checkbox"/> ЛГ/ФСГ	

4. *Анамнестические данные:	
Дата начала заболевания: ___/___/___ г.      Дата постановки диагноза: ___/___/___ г.	
Родственники с ОГГО? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть (код в регистре _____) (при согласии больного заполняется отдельная форма)	
Степень родства (если есть):	
<input type="checkbox"/> Первая степень родства (отец, мать, сын, дочь)	<input type="checkbox"/> Вторая степень родства (дед, бабушка, внук, внучка)
<input type="checkbox"/> Третья степень родства (прадед, прабабушка, правнук, правнучка, дядя, тетя, племянник, племянница)	
<input type="checkbox"/> Четвертая и более степень родства	
Беременность/дети на фоне заболевания/лечения (в т.ч. у партнеров)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть (при согласии больного заполняется отдельная форма)	
Наследственный синдром <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть      Генетически подтвержден (если есть): <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
Уточните мутацию: _____	

<b>Тип наследственного синдрома (если есть):</b> <input type="checkbox"/> МЭН I <input type="checkbox"/> МЭН II / IIa <input type="checkbox"/> МЭН III / IIb <input type="checkbox"/> МЭН-4 (МЭН-1 подобный синдром) <input type="checkbox"/> Комплекс Карни <input type="checkbox"/> Семейные аденомы гипофиза <input type="checkbox"/> Семейные соматотропиномы <input type="checkbox"/> Синдром МакКьюна-Олбрайта <input type="checkbox"/> Фамильные изолированные аденомы гипофиза (FIPA) АД с неполной пенетрантностью		
<b>4.1. Проявления характерные для синдрома МЭН-1</b>		
<b>Гиперпаратиреоз:</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть <b>Опухоли поджелудочной железы (ПЖ):</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть <b>Тип опухолей ПЖ:</b> <input type="checkbox"/> инсулинома (гипогликемический синдром) <input type="checkbox"/> VIPома (секреторная диарея) <input type="checkbox"/> гастринома (пептические язвы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), диарея) <input type="checkbox"/> глюкагонома <input type="checkbox"/> опухоль, секретирующая панкреатический полипептид <input type="checkbox"/> нефункционирующая опухоль ПЖ <input type="checkbox"/> опухоль ПЖ другой секреции → _____		
<b>4.2. Проявления характерные для синдрома МЭН-4 (МЭН-1 подобный синдром)</b>		
<b>Феохромоцитома:</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть <b>Локализация (если есть):</b> <input type="checkbox"/> В надпочечнике <input type="checkbox"/> Вне надпочечника <b>Медулярный рак щитовидной железы:</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <b>Гиперплазия паращитовидных желез:</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		
<b>4.3. Проявления характерные для Комплекса Карни</b>		
<input type="checkbox"/> Лентигиноз («пятнистая пигментация») с типичной локализацией вокруг губ, на конъюнктиве, слизистой влагалища и полового члена <input type="checkbox"/> Опухоли яичек <input type="checkbox"/> Миксома с гистологическим подтверждением <input type="checkbox"/> Опухоль молочной железы <input type="checkbox"/> Парадоксальное повышение кортизола в моче при тесте Лидлла <input type="checkbox"/> Первичная пигментная микронодулярная гиперплазия коры надпочечников с синдромом Кушинга <input type="checkbox"/> Соматотропинома <input type="checkbox"/> Голубые невусы <input type="checkbox"/> Псаммомные меланотические шванномы <input type="checkbox"/> Фиброма кожи <input type="checkbox"/> Крупноклеточная кальцифицированная опухоль клеток Сертоли или типичные кальцификаты в яичках (по данным УЗИ) <input type="checkbox"/> Опухоль щитовидной железы <input type="checkbox"/> Остеохондромиксома <input type="checkbox"/> Фиброма кожи <input type="checkbox"/> Гиперсекреция гормонов другими эндокринными железами, характерными для МЭН-1 и МЭН-2		
<b>4.4. Проявления характерные для синдрома МакКьюн-Олбрайта</b>		
<input type="checkbox"/> Фиброзная остеодисплазия <input type="checkbox"/> Тиреотоксикоз <input type="checkbox"/> Кожные изменения по типу «кофе с молоком» <input type="checkbox"/> Синдром Иценко-Кушинга <input type="checkbox"/> Периферическое преждевременное половое развитие Примечания: _____		
<b>5. *Осложнения и Сопутствующие заболевания:</b>		
<input type="checkbox"/> Гиперпаратиреоз <input type="checkbox"/> Опухоль надпочечника <input type="checkbox"/> Опухоли эндокринной системы: (какие) _____ <input type="checkbox"/> Опухоли другой локализации: (какие) _____	<input type="checkbox"/> Инфаркт <input type="checkbox"/> Инсульт <input type="checkbox"/> Карциноид <input type="checkbox"/> Инсулинома <input type="checkbox"/> Артериальная ГИПЕРтензия <input type="checkbox"/> Артериальная ГИПОтензия <input type="checkbox"/> Кардиомиопатия <input type="checkbox"/> Бесплодие <input type="checkbox"/> Психические нарушения	<input type="checkbox"/> Нарушения углеводного обмена <input type="checkbox"/> Храп / остановки дыхания во сне <input type="checkbox"/> Остеопороз <input type="checkbox"/> Переломы <input type="checkbox"/> Артропатия <input type="checkbox"/> Гипокалиемия <input type="checkbox"/> Зоб диффузный <input type="checkbox"/> Зоб узловой <input type="checkbox"/> Нарушения менструального цикла
<b>6. *Гипопитуитаризм:</b> <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Нет данных		
<b>Нарушения:</b>	<b>Время возникновения (подчеркнуть):</b>	<b>Стадия (подчеркнуть):</b>
<input type="radio"/> Гипогонадизм <input type="radio"/> Гипотиреоз <input type="radio"/> Гипокортицизм <input type="radio"/> СТГ-дефицит <input type="radio"/> Несахарный диабет <input type="radio"/> Дефицит пролактина	<i>исходно/после облучения/после операции</i> <i>исходно/после облучения/после операции</i> <i>исходно/после облучения/после операции</i> <i>исходно/после облучения/после операции</i> <i>исходно/после облучения/после операции</i> <i>исходно/после облучения/после операции</i>	<i>компенсация/декомпенсация</i> <i>компенсация/декомпенсация</i> <i>компенсация/декомпенсация</i> <i>компенсация/декомпенсация</i> <i>компенсация/декомпенсация</i> <i>компенсация/декомпенсация</i>

## 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			
<b>Агонисты дофаминовых рецепторов:</b> (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			
<b>Аналоги соматостатина:</b>						
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			
<b>Антагонисты рецепторов к СТГ:</b>						
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		
<b>Блокаторы стероидогенеза:</b>						
Кетоконазол			таб / сут			
о,р-ДДТ	Митотан 500 мг		таб / сут			
<b>Синтетическое стероидное антигестагенное</b>						
Мифепристон			таб / сут			
<b>Другое лекарственное средство:</b>						

<b>15. *Нежелательные явления</b> <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА		
Дата регистрации ____/____/____ г.		
<b>Нежелательное явление:</b>	<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 → _____
<b>Степень серьезности:</b> <input type="checkbox"/> НЯ    / <input type="checkbox"/> СНЯ		
<b>Связь с терапией:</b> <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА → Препарат _____ Дата начала терапии ____/____/____ г.		
<b>Изменение терапии:</b> <input type="checkbox"/> Без изменений <input type="checkbox"/> Изменение Дозы <input type="checkbox"/> Отмена		