

Questionario – Affezione epatica

Cliente

Cognome		Nome	
Strada		NPA / Località	
Sesso		Tel.	
Data di nascita		eMail	
Numero del cliente		N. della proposta	

Le informazioni raccolte per mezzo di questo documento saranno trattate con la massima confidenzialità e sono soggette alle regole deontologiche sul rispetto del segreto professionale.

Se richiesto, la preghiamo di selezionare le caselle pertinenti e di aggiungere un commento o indicare la data in corrispondenza delle risposte affermative. **Non è necessario convocare il paziente.**

Altezza: cm peso: kg data:

Pressione arteriosa: mmHg sistolica / mmHg diastolica data:

Tabagismo: no sì Se sì, di che tipo? Quantità giornaliera? E-sigarette: no sì

Ex fumatore: no sì Da quando?

Diagnosi:

Data della diagnosi:

Diagnosi:

Causa:

Data dell'ultima consultazione:

Epatomegalia: no sì

causa ignota

causa nota, quale?

Steatosi epatica:

Origine? no sì

Alcolica non alcolica (NAFLD tipo 1 e 2)

Carenza di alpha 1-antitripsina

Malattia di Wilson: asintomatica leggera moderata grave

Ascesso epatico: Numero di episodi: Data:

Iperbilirubinemia:

no sì

Sindrome di Gilbert Sindrome di Dubin-Johnson

Sindrome di Rotor Sindrome di Crigler-Najjar

Ittero leggero o senza sintomi? no sì

Malattia epatica:

- no sì
- senza fibrosi
- fibrosi (portale, a ponte o cirrosi) lieve moderata grave
- alcolica
- virale: A B C D (delta) E
- altro: _____
- acuta fulminante cronica
- tossica, causa: _____
- autoimmune
- epatocarcinoma
- Altro: _____

Consumo quotidiano di bevande alcoliche: no sì

Quale alcool? _____ Quantità settimanale? _____ dl

Astinenza da: _____

Tossicomania:

- no attualmente precedente, da quando? _____ (mese/anno)

Quali sostanze? _____

Ultima assunzione? _____ (mese/anno)

Quali trattamenti? _____

Quando? _____ (mese/anno)

Trattamento medicinale:

- mai trattato con antivirali
- HBe Ag positivo HBe Ag negativo HBe Ag indeterminato
- trattamento attuale con antivirali
- HBe Ag positivo HBe Ag negativo HBe Ag indeterminato
- HBe Ag negativo ad inizio trattamento
- Sieroconversione con HBe Ag diventato negativo (precedentemente positivo) dopo l'inizio del trattamento
- trattamento interrotto
- HBe Ag positivo < 6mesi > 6mesi HBe Ag indeterminato
- Sieroconversione con HBe Ag diventato negativo (precedentemente positivo) dopo l'inizio del trattamento
- trattamento immunosoppressivo sospeso, in remissione completa, da quando? _____
- sotto trattamento immunosoppressivo in remissione completa
- _____ numero di anni dall'inizio del trattamento
- non andato a buon fine o recidiva no sì se sì, data: _____
- Altri trattamenti, quali: _____

Trattamento chirurgico:

- trapianto Data: _____
- scleroterapia delle varici esofagee Data: _____

Trapianto epatico/Indicazioni sul trapianto: no sì

Se sì motivo:

Esami biologici: (max. 6 mesi)

<input type="checkbox"/> Transaminasi				
ALAT/SGPT:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	
ASAT/SGOT:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	
Gamma-GT:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Concentrazione sierica AIP?	<input type="text"/>	mg/dl	<input type="text"/>	µmol/l
<input type="checkbox"/> Fosfatasi alcalina:	<input type="text"/>	U/l		Data: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Albumina:	<input type="text"/>	g/l		Data: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bilirubina totale:	<input type="text"/>	mg/dl	<input type="text"/>	µmol/l
<input type="checkbox"/> Alfafetoproteina:	<input type="text"/>	ng/ml		Data: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> RNA:	<input type="text"/>	[iU]/ml		Data: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> HCV:	<input type="text"/>	[iU]/ml		Data: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Carica virale HBV:	<input type="text"/>	/ml		
<input type="checkbox"/> altro:	<input type="text"/>			

Esami aggiuntivi:

<input type="checkbox"/> Ecografia epato vascolare		Esito:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> RM del fegato		Esito:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Biopsia epatica	Scala Metavir:	<input type="text"/>	Indice Knodell:	<input type="text"/>	Data: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Fibrotest:	<input type="text"/>	Esito:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Fibroscan:	<input type="text"/>	Esito:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Colangio RM		Esito:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="text"/>				

Biopsia effettuata: no sì Esito: Data:

Comorbidità:

<input type="checkbox"/> Coinfezione cronica HCV / VHD / HIV	<input type="checkbox"/> Emocromatosi
<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Disturbi metabolici
<input type="checkbox"/> Manifestazioni extraepatiche	<input type="checkbox"/> Colangite sclerosante
<input type="checkbox"/> Precedenti familiari di cancro epatico	

Altri commenti:

La preghiamo di allegare una copia degli esami speciali eventualmente effettuati e i risultati e valori di riferimento per ogni referto di laboratorio.

Medico

Telefono Fax
eMail

Data

Invio elettronico

Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati al servizio medico della mobiliare.