

1. Screening (Belgie)

A. Patiënt informatie

1. Initialen patiënt (1e letter 1e voornaam, 1e en 2e letter achternaam)	<input style="width: 100%;" type="text"/>										
2. Geboortedatum	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 40%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dd</td> <td></td> <td style="text-align: center;">mm</td> <td></td> <td style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>	dd		mm		yyyy
<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>							
dd		mm		yyyy							
3. Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw										
4. Ras	<input type="checkbox"/> Kaukasisch <input type="checkbox"/> Negroïde <input type="checkbox"/> Mediterraan <input type="checkbox"/> Aziatisch <input type="checkbox"/> Latijns-Amerikaans <input type="checkbox"/> Anders <input type="checkbox"/> Onbekend										
• 4a. Indien ander ras, specificeer	<input style="width: 100%;" type="text"/>										

B. Datum screening

Datum screening	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 40%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dd</td> <td></td> <td style="text-align: center;">mm</td> <td></td> <td style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>	dd		mm		yyyy
<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>							
dd		mm		yyyy							

C. Informed consent

1. Datum informed consent	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 40%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dd</td> <td></td> <td style="text-align: center;">mm</td> <td></td> <td style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>	dd		mm		yyyy
<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>							
dd		mm		yyyy							

D1. Inclusie criteria

1. Levercirrose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee										
2. Oesofagusvarices \geq 5mm?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee										
• 2a. Indien oesofagusvarices \geq 5 mm, wanneer diagnose oesofagusvarices?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 25%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 40%;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dd</td> <td></td> <td style="text-align: center;">mm</td> <td></td> <td style="text-align: center;">yyyy</td> </tr> </table>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>	dd		mm		yyyy
<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>	/	<input style="width: 100%;" type="text"/>							
dd		mm		yyyy							
3. Leeftijd: 18 jaar of ouder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee										

Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

D2. Exclusie criteria	
12. Gebruik van medicamenteuze profylaxe tegen varicesbloedingen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
• 12a. Indien 'Ja', welke medicatie?	<input type="checkbox"/> Propranolol <input type="checkbox"/> Anders
○ 12a.1. Indien 'Profylaxe' is 'Propranolol', totale dosis/dag (mg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
○ 12.a.2. Indien 'Profylaxe' is 'Anders', specificeer naam en totale dosis/dag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13. Zwangerschap?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
14. HCC met BCLC stadium B, C of D?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
15. Refractair ascites?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
16. Hepatorenale syndroom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

E. Medische voorgeschiedenis	
1. Allergie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
• 1a. Indien er sprake is van allergie, welke?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Cardiovasculair lijden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
• 2a. Indien er sprake is van cardiovasculair lijden, specificeer	<input type="checkbox"/> Coronairvaatliden <input type="checkbox"/> Hartfalen <input type="checkbox"/> Aritmie <input type="checkbox"/> Anders
3. Astma of COPD?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend

Center-Patiëntnummer: ___ - ___ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

Q1. Laboratoriumonderzoek	
1. Datum laboratoriumonderzoek	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> dd / mm / yyyy
2. Hb (België) (g/dL)	<input type="text"/> . <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
3. Trombocyten (x10 ⁹ /L)	<input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
4. INR	<input type="text"/> . <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
5. Protrombinetijd (s)	<input type="text"/> . <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
6. Na (mmol/L)	<input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
7. Creatinine (België) (mg/dL)	<input type="text"/> . <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
8. Wordt de patiënt gedialyseerd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
• 8a. Indien 'Ja', hoeveel vaak per week?	<input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
9. Ureum (België) (mg/dL)	<input type="text"/> . <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
10. Bilirubine (België) (mg/dL)	<input type="text"/> . <input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
11. Alkalische Fosfatase (U/L)	<input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
12. GGT (U/L)	<input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
13. ASAT (U/L)	<input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
14. ALAT (U/L)	<input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend
15. Beta HCG (IU/L)	<input type="text"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend

Center-Patiëntnummer: _ _ _ - _ _ _ (Center=CIC ID)

(ga naar volgende pagina)

