

5. Gastroscopie

A. Patiënt informatie

1. Initialen patiënt (1e letter voornaam, 1e en 2e letter achternaam)

2. Geboortedatum

		/			/				
dd		/		mm		/		yyyy	

B. Gastroscopie

1. Datum gastroscopie

		/			/				
dd		/		mm		/		yyyy	

2. Gastroscopie: electief of spoed? INDIEN SPOED GASTROSCOPIE, VUL (S)AE FORMULIER IN

- Electief
 Spoed

3. Oesofagusvarices?

- Ja
 Nee
 Onbekend

• 3a. Indien oesofagusvarices, aantal oesofagusvarices <5 mm?

		...of...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onbekend

• 3b. Indien oesofagusvarices, aantal oesofagusvarices >5 mm?

		...of...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onbekend

4. Maagvarices?

- Ja
 Nee
 Onbekend

• 4a. Indien maagvarices, welke?

markeer voor *elke* optie J(ja), N(neen) of ? (onbekend)

J	N	?	optie
			Fundus varices
			GOV1
			GOV2

5. Bloeding?

- Ja, vul een AE formulier in
 Nee
 Onbekend

• 5a. Indien bloeding, specificeer bloeding

markeer voor *elke* optie J(ja), N(neen) of ? (onbekend)

J	N	?	optie
			Actieve bloeding van varices
			'White nipple' op varices
			Stolsels op varices
			Varices zonder ander focus bloeding
			Ander focus bloeding

• 5b. Indien 'Ander focus bloeding', specificeer

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

(ga naar volgende pagina)

B. Gastroscopie													
6. Bandligatie verricht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend												
• 6a. Indien bandligatie verricht, aantal bandjes?	<input type="checkbox"/> ...of... <input type="checkbox"/> Onbekend												
7. Sclerotherapie verricht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend												
8. Varices obliteratie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend												
9. Complicaties?	<input type="checkbox"/> Ja, vul voor elke complicatie een AE formulier in <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend												
• 9a. Indien 'Ja', welke?	markeer voor <i>elke</i> optie J(ja), N(neen) of ? (onbekend) <table border="1"> <thead> <tr> <th>J</th> <th>N</th> <th>? optie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bloeding als gevolg v.d. ingreep</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Perforatie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Anders</td> </tr> </tbody> </table>	J	N	? optie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bloeding als gevolg v.d. ingreep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perforatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders
J	N	? optie											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bloeding als gevolg v.d. ingreep											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perforatie											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders											
◦ 9a.1. Indien 'Anders', specificeer	<table border="1"> <tbody> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </tbody> </table>												
10. Indien bloeding (spontaan of a.g.v. ingreep), hemostase bereikt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend												

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

= het antwoord op deze vraag is door u gewijzigd