

Hlásenie o pacientovi s cievnou mozgovou príhodou za rok 2011

Identifikačné údaje pacienta	Priezvisko: <input style="width: 150px;" type="text"/> Meno: <input style="width: 150px;" type="text"/> Trvalé bydlisko: <input style="width: 150px;" type="text"/> Okres: <input style="width: 150px;" type="text"/> Obec: <input style="width: 150px;" type="text"/> PSČ: <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>		Rodné číslo: <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Dátum narodenia: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Pohlavie: muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> Kód poisťovne: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>				
	PRÍJEM DO NEMOCNICE / STAV PRI PRIJATI		PRVÉ KLINICKÉ PRÍZNAKY				
Príjem do nemocnice	Príjem 1: <i>aktuálny</i> (na pracovisko, ktoré hlási) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <i>deň mesiac rok hodina / minúta</i> Príjem 0: <i>len pri preklade</i> / dátum-čas prijímu predchádzajúcej /1/ hospitalizácie Dátum: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Čas: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Čas neznámy: <input type="checkbox"/> <i>deň mesiac rok hodina minúta</i>		Klinické príznaky pri prijatí: hemisferické <input type="checkbox"/> lakunárne <input type="checkbox"/> kmeňové <input type="checkbox"/>				
	Stav pri prijatí: s poruchou vedomia <input type="checkbox"/> bez poruchy vedomia <input type="checkbox"/> TK pri prijatí: <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> Torr Nemerateľný TK <input type="checkbox"/> Nemeraný TK <input type="checkbox"/>		TRANSPORT				
		Typ: <input type="checkbox"/> primárny (priamo z terénu) <input type="checkbox"/> sekundárny (transport z ambulancie iného zariadenia) <input type="checkbox"/> sekundárny (preklad z oddelenia iného zariadenia) <input type="checkbox"/> bez transportu (vznik CMP počas hospitalizácie v tom istom zdr.zariadení) <input type="checkbox"/> údaj sa nedá zistiť		Spôsob transportu: <input type="checkbox"/> RZP/RLP <input type="checkbox"/> Iný (akýkoľvek iný) <input type="checkbox"/> údaj sa nedá zistiť			
Anamnéza	OSOBNÁ ANAMNEZA		RODINNÁ ANAMNEZA				
	Chorobné stavy stav po TIA v minulosti <input type="checkbox"/> stav po ak.CMP v minulosti <input type="checkbox"/> stav po IM <input type="checkbox"/> dyslipidémia <input type="checkbox"/> arytmia <input type="checkbox"/> diabetes na PAD <input type="checkbox"/> diabetes na inzulín <input type="checkbox"/> hypertenzia (lieč.,nelieč.) <input type="checkbox"/> iné: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Medikácia antihypertenzíva <input type="checkbox"/> hypolipemiká-statíny <input type="checkbox"/> orálne kontraceptíva <input type="checkbox"/> antikoagulanciá <input type="checkbox"/> kyselina salicylová <input type="checkbox"/> iné antiagreganciá <input type="text"/> orálne diabetiká/inzulín <input type="checkbox"/> iné lieky: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Rizikové faktory životného štýlu nefajčiar (nikdy nefajčil) <input type="checkbox"/> exfajčiar (viac ako 1 rok) <input type="checkbox"/> fajčenie posledných 5 rokov <input type="checkbox"/> fajčenie pred viac ako 5 rokmi <input type="checkbox"/> alkohol (denne 60g a viac) <input type="checkbox"/> nadváha, alebo obezita <input type="checkbox"/> iný: <input style="width: 100px;" type="text"/>		(iba rodičia a súrodenci) hypertenzia <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> CMP <input type="checkbox"/> údaj neznámy <input type="checkbox"/>
Priebeh hospitalizácie	ZAČIATOK LIEČBY od prijatia na odd. podávajúce hlásenie						
	do 3 hodín <input type="checkbox"/> do 6 hodín <input type="checkbox"/> do 9 hodín <input type="checkbox"/> viac ako 9 hodín <input type="checkbox"/>						
	LIEČBA NEINVAZÍVNA - FARMAKOTERAPIA		LIEČBA INVAZÍVNA				
	trombolýza <input type="checkbox"/> hemoreologi <input type="checkbox"/> MgSO ₄ <input type="checkbox"/> antibiotiká <input type="checkbox"/> antiagreganciá <input type="checkbox"/> hemodilúcia <input type="checkbox"/> Manitol <input type="checkbox"/> antidepresíva <input type="checkbox"/> antitrombotiká <input type="checkbox"/> kortikoidy <input type="checkbox"/> nootropiká <input type="checkbox"/> iné: <input style="width: 100px;" type="text"/>		áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>				
	KONEČNÁ KLINICKÁ DIAGNÓZA - typ CMP						
	Hemoragická <input type="checkbox"/> I60.0-I62.9 • subarachnoidná (I60.0 - I60.9) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> • intracerebrálna (I61.0-I61.9) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> • iné neúrazové (I62.0-I62.9) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Nešpecifikovaná apoplexia (I64) <input type="checkbox"/>		Ischemická <input type="checkbox"/> • TIA (G45.0 - G45.9) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> • LIM (I63.0-I63.9),(G46.0-G46.8) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> zadať špecifikáciu cievného syndrómu reverzibilná ukončená <input type="checkbox"/> progresujúca <input type="checkbox"/> iná <input style="width: 100px;" type="text"/>				
ETIOPATOGENÉZA		VÝVOJ KLINICKÉHO STAVU					
Hemoragická CMP: spontánna <input type="checkbox"/> z AV malformácie <input type="checkbox"/> z aneuryzmy <input type="checkbox"/> vaskulitída <input type="checkbox"/> hemorágia do tumoru <input type="checkbox"/> z nezisteného zdroja <input type="checkbox"/> hemorágia do isch.ložiska <input type="checkbox"/> iné: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Ischemická CMP: kardioembolická <input type="checkbox"/> lakunárna <input type="checkbox"/> aterotrombotická <input type="checkbox"/> kryptogénna <input type="checkbox"/> iná: <input style="width: 100px;" type="text"/>		s progresiou <input type="checkbox"/> bez progresie <input type="checkbox"/>			
UKONČENIE HOSPITALIZÁCIE		PRÍČINA UMŤRTIA (vybrať len 1 príčinu)					
Ukončenie hospit.: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> • <i>Prepustenie</i> <input type="checkbox"/> domov • <i>Prepustenie mimo rod.prostredia</i> <input type="checkbox"/> • <i>Preklad</i> <input type="checkbox"/> kam <input style="width: 100px;" type="text"/> • <i>Exitus</i> <input type="checkbox"/> čas exitu <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> hodina minúta		Kompresia mozg.kmeňa (G93.5) <input type="checkbox"/> Edém mozgu (G93.6) <input type="checkbox"/> Embolizácia pľúc (I26) <input type="checkbox"/> Ak.koronárny syndróm (I20-I22) <input type="checkbox"/> Nutrič. a metab. poruchy (E90) <input type="checkbox"/> Iná príčina <input type="checkbox"/>					
Údaj do poznámky v elektr.formulári: V prípade prijatia pacienta z iného odd. uviesť príslušný časový údaj začiatku liečby z prekladajúceho odd. (prijem 0)							
do 3 hod. <input type="checkbox"/> do 6 hod. <input type="checkbox"/> do 9 hod. <input type="checkbox"/> viac ako 9 hod. <input type="checkbox"/>							
Údaje o lekárovi	Meno lekára: (vyplňujúceho hlásenie)		Kód lekára: <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>				
	Dátum vyplnenia hlásenia: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		Podpis lekára: <input style="width: 100px;" type="text"/>				
		Názov zdrav.zariadenia: <input style="width: 100px;" type="text"/>					
		Odd./klinika: <input style="width: 100px;" type="text"/>					