

HLÁSENIE O PACIENTOVI S DIABETES MELLITUS TYP 1

ZR (MZ SR) 3 - 12

Spravodajská jednotka doručí hlásenku do 20. kalendárneho
dňa po sledovanom období 1x na adresu:
Národné centrum zdravotníckych informácií,
Lazaretská 26, 811 09 Bratislava
s označením "Register DM1"

za mesiac20__

Pečiatka zariadenia

nový prípad
kontrola

IČO ZZ	Kód odd./amb.

1. Identifikácia	Priezvisko a meno pacienta	Rodné číslo: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
	Priezvisko a meno zák.zástupcu (matky)	Dátum narod.: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
Bydlisko pacienta - trvalé (okres, obec, ulica, č.)	Kód *): <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
Bydlisko pacienta - prechodné (okres, obec, ulica, č.)	Kód *): <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
Dátum zistenia diabetu (DD/MM/RR)		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

2. Rodinná anamnéza	Výskyt ochorení v rodine:														
		diabetes typ 1	diabetes typ 2	infarkt myokardu	cievna mozg.príhoda	hypertenzia	obezita	ochor. št.zlžazy	celiakiia	autoimunitné ochorenia	alergie				
	otec	01 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	51 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	71 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	91 <input type="checkbox"/>	101 <input type="checkbox"/>	111 <input type="checkbox"/>		
	matka	02 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	72 <input type="checkbox"/>	82 <input type="checkbox"/>	92 <input type="checkbox"/>	102 <input type="checkbox"/>	112 <input type="checkbox"/>		
	bratia	03 <input type="checkbox"/>	počet <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		13 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	73 <input type="checkbox"/>	83 <input type="checkbox"/>	93 <input type="checkbox"/>	103 <input type="checkbox"/>	113 <input type="checkbox"/>
sestry	04 <input type="checkbox"/>	počet <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		14 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>	74 <input type="checkbox"/>	84 <input type="checkbox"/>	94 <input type="checkbox"/>	104 <input type="checkbox"/>	114 <input type="checkbox"/>	
d'alší pokrvní príbuzní	08 <input type="checkbox"/>		15 <input type="checkbox"/>	25 <input type="checkbox"/>	35 <input type="checkbox"/>	45 <input type="checkbox"/>	55 <input type="checkbox"/>	65 <input type="checkbox"/>	75 <input type="checkbox"/>	85 <input type="checkbox"/>	95 <input type="checkbox"/>	105 <input type="checkbox"/>	115 <input type="checkbox"/>		
													Počet súrodencov: bratia: sestry:		

3. Osobná anamnéza	Tehotenstvo a pôrod:	poradie tehotnosti <input type="checkbox"/>	spôsob pôrodu:	farmakol.indukcia:	kriesenie:												
	pôr.hmotnosť (g) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					pôr.dĺžka (cm) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					gest.vek (t.) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					spont.záhl. <input type="checkbox"/> KP <input type="checkbox"/> S.C. plánov. <input type="checkbox"/> forceps <input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> S.C. akútna <input type="checkbox"/> expresia <input type="checkbox"/> epidurál.anestéza <input type="checkbox"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	Prekonalé ochorenia:				plne dojčené do <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> mes.												
	parotitis 01 <input type="checkbox"/>	respir.infekty 04 <input type="checkbox"/>	alergie 07 <input type="checkbox"/>	mliečne prídavky od <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> mes.													
	varicela 02 <input type="checkbox"/>	hnačky 05 <input type="checkbox"/>	spast.bronchitídy/astma 08 <input type="checkbox"/>														
	rubeola 03 <input type="checkbox"/>	atopický ekzém 06 <input type="checkbox"/>															
	iné																

4. Predchorobie	Predchorobie:	Laboratórne výsledky: (k dátumu prijatia)
	Posledný infekt pred DM dg.:	glykémia nalačno:
	čas pred objavením sa diabetu: týž.	glykémia postprand.:
	liečba kortikoidmi v posl. roku áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	ketoacidóza: áno <input type="checkbox"/> glykozúria: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	Klinické príznaky: uvedte aj dátum, odkedy sú ťažkosti prítomné (v tvare MM/RR)	HbA1c: %
	polydipsia 01 <input type="checkbox"/>	mikroalbuminúria:
	polyúria 02 <input type="checkbox"/>	kreatinin:
	polyfágia 03 <input type="checkbox"/>	T chol.:
	neprimeraná únava 04 <input type="checkbox"/>	HDL chol.:
	pokles hmotnosti 05 <input type="checkbox"/>	HLA: robené <input type="checkbox"/> nerobené <input type="checkbox"/>
	TK (torr.) syst.: / diast.	
	hmotnosť pri prijatí: kg	
	výška pri prijatí: cm	

5. Stav pacienta	Stav pacienta: (k dátumu prepustenia)	Počet dávok za deň: <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		Nástup remisie od manifest.DM:týžd.
	Denná dávka a typ inzulínu:	Inzul.pumpa: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Kompenzácia: výborná <input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> primeraná <input type="checkbox"/> zlá <input type="checkbox"/>	
	Iná medikamentózna liečba:		Spolupráca: s pacientom: dobrá <input type="checkbox"/> zlá <input type="checkbox"/> s rodičmi: dobrá <input type="checkbox"/> zlá <input type="checkbox"/>	
Komplikácie:	retinopatia: bez retinopatie <input type="checkbox"/> pozit. + <input type="checkbox"/> pozit. ++ <input type="checkbox"/> pozit. +++ <input type="checkbox"/> nevyšetrená <input type="checkbox"/>	nefropatia: bez nefropatie <input type="checkbox"/>	neuropatia: bez neuropatie <input type="checkbox"/>	
	hmotnosť pri prepustení: kg	výška pri prepustení: cm		

Exitus:	dátum exitu: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (DD/MM/RR)							dátum vyplnenia hlásenia: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
	príčina smrti:													
	Dg (MKCH10):	hlásenie vyplnil: (meno, podpis, pečiatka)												

PÍ SOMNÝ SÚHLAS

Meno rodiča: _____

Bydlisko: _____

Bol/a som informovaný/á a poučený/á o účele zberu údajov do centrálného registra pacientov s diabetes mellitus 1. typu. Súhlasím so spoluprácou na zbere osobných a dôverných údajov o zdravotnom stave môjho dieťaťa. Súhlasím, aby získané informácie spracovali zdravotnícki pracovníci, s tým, že tieto informácie zostanú dôverné a bude sa s nimi narábať ako so zdravotnou dokumentáciou.

Svoju súhlas potvrdzujem podpisom.

Podpis rodiča _____ dátum: _____



Výskyt diabetu v rodine

rodičia otca áno nie

04 sestry

Výskyt diabetu v rodine

otec áno nie

Výskyt diabetu v rodine

Výskyt ochorení v rodine

- 01 otec
- 02 matka
- 03 bratia
- 04 sestry
- 05 rodičia otca
- 06 súrodenci otca
- 07 rodičia matky
- 08 súrodenci matky
- 09 ďalší pokrvní príbuzní