

Hlásenie o pacientovi s cievnou mozgovou príhodou

za rok 2012

Identifikačné údaje pacienta	Priezvisko: <input type="text"/>	Rodné číslo: <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Meno: <input type="text"/>	Dátum narodenia: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Príjem do nemocnice	Trvalé bydlisko: <input type="text"/>	Pohlavie: 1- muž <input type="checkbox"/> 1- žena <input type="checkbox"/>
	Okres: <input type="text"/>	
Príjem do nemocnice	Obec: <input type="text"/>	
	PSČ: <input type="text"/>	
Príjem do nemocnice	PRIJEM DO NEMOCNICE / STAV PRI PRIJATI	PRVÉ KLINICKÉ PRÍZNAKY
	Príjem 1: <i>aktuálny</i> (na pracovisko, ktoré hlási) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <i>deň mesiac rok hodina / minúta</i> Príjem 0: <i>1 en pri preklade / dátum-čas príjmu predchádzajúcej / 1. / hospitalizácie</i> Dátum: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Čas: <input type="text"/> / <input type="text"/> Čas neznámy: <input type="checkbox"/> <i>deň mesiac rok hodina minúta</i> Stav pri prijatí: 1- s poruchou vedomia <input type="checkbox"/> 2- bez poruchy vedomia <input type="checkbox"/> TK pri prijatí: <input type="text"/> / <input type="text"/> Torr 1- meraný tlak <input type="checkbox"/> 2- nameraný TK <input type="checkbox"/> 3- nameraný TK <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <i>deň mesiac rok hodina / minúta</i> Klinické príznaky pri prijatí: 1- kmeňové <input type="checkbox"/> 2- hemisferické <input type="checkbox"/> 3- lakunárne <input type="checkbox"/> TRANSPORT Typ: 1- primárny (priamo z terénu) <input type="checkbox"/> 2- sekundárny (transport z ambulancie iného zariadenia) <input type="checkbox"/> 3- sekundárny (preklad z oddelenia iného zariadenia) <input type="checkbox"/> 4- bez transportu (vznik CMP počas hospitalizácie v tom istom zdr.zariadení) <input type="checkbox"/> 5- údaj sa nedá zistiť <input type="checkbox"/> Spôsob transportu: 1- RZP/RLP <input type="checkbox"/> 2- Iný(akýkoľvek iný) <input type="checkbox"/> 3- údaj sa nedá zistiť <input type="checkbox"/>
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 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 type="text"/>
Príbeh hospitalizácie	RODINNÁ ANAMNEZA	
	(iba rodičia a súrodenci) hypertenzia <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> CMP <input type="checkbox"/> údaj neznámy <input type="checkbox"/>	
Príbeh hospitalizácie	ZAČIATOK LIEČBY od prijatia na odd. podávajúce hlásenie	
	1- do 3 hodín <input type="checkbox"/> 2- do 6 hodín <input type="checkbox"/> 3- do 9 hodín <input type="checkbox"/> 4- viac ako do 9 hodín <input type="checkbox"/> 5- údaj neznámy <input type="checkbox"/>	
Príbeh hospitalizácie	LIEČBA NEINVAZÍVNA - FARMAKOTERAPIA	LIEČBA INVAZÍVNA
	trombolýza <input type="checkbox"/> hemoreologiká <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 type="text"/>	1- áno <input type="checkbox"/> 2- nie <input type="checkbox"/>
Príbeh hospitalizácie	KONEČNÁ KLINICKÁ DIAGNÓZA - typ CMP	
	Hemoragická <input type="checkbox"/> 160.0-162.9 • subarachnoidná (160.0 - 160.9) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input type="text"/> • intracerebrálna (161.0-161.9) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input type="text"/> • iné neúrazové (162.0-162.9) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input type="text"/> Nešpecifikovaná apoplexia (I64) <input type="checkbox"/>	Ischemická <input type="checkbox"/> • TIA (G45.0 - G45.9) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input type="text"/> • LIM (I63.0-I63.9),(G46.0-G46.8) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input type="text"/> zadať špecifikáciu cievného syndrómu <input type="text"/> reverzibilná ukončená <input type="checkbox"/> progredujúca <input type="checkbox"/> iná <input type="text"/>
Príbeh hospitalizácie	ETIOPATOGENÉZA	VÝVOJ KLINICKÉHO STAVU
	Hemoragická CMP: 1- spontánna <input type="checkbox"/> 5- z AV malformácie <input type="checkbox"/> 2- z aneurizmy <input type="checkbox"/> 6- vaskulitída <input type="checkbox"/> 3- hemorágia do tumoru <input type="checkbox"/> 7- z nezisteného zdroja <input type="checkbox"/> 4- hemorágia do isch.ložiska <input type="checkbox"/> 8- iné: <input type="text"/>	Ischemická CMP: 1- kardioembolická <input type="checkbox"/> 5- iná (vypísať): <input type="text"/> 2- aterotrombotická <input type="checkbox"/> 3- lakunárna <input type="checkbox"/> 4- kryptogénna <input type="checkbox"/>
Príbeh hospitalizácie	UKONČENIE HOSPITALIZÁCIE	PRÍČINA UMRTIA
	Ukončenie hospitalizácie: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 1- Prepustenie domov <input type="checkbox"/> <i>deň mesiac rok</i> 2- Prepustenie mimo rod.prostredia <input type="checkbox"/> 3- Preklad <input type="text"/> <i>kam</i> 4- Exitus <input type="checkbox"/> čas exitu <input type="text"/> / <input type="text"/> <i>hodina minúta</i>	1- Kompresia mozg.kmeňa (G93.5) <input type="checkbox"/> 2- Embolizácia pľúc (I26) <input type="checkbox"/> 3- Nutrič. a metab. poruchy (E90) <input type="checkbox"/> 4- Edém mozgu (G93.6) <input type="checkbox"/> 5- Ak.koronárny syndróm (I20-I22) <input type="checkbox"/> 6- Iná príčina <input type="checkbox"/>
Poznámky	Údaj do poznámky v elektr.formulári: V prípade prijatia pacienta z iného odd. uviesť príslušný časový údaj začiatku liečby z prekladajúceho odd. (príjem 0)	
	1- do 3 hod. <input type="checkbox"/> 2- do 6 hod. <input type="checkbox"/> 3- do 9 hod. <input type="checkbox"/> 4- viac ako 9 hod. <input type="checkbox"/> 5- údaj neznámy <input type="checkbox"/>	
Údaje o lekárovi	Meno lekára: (vyplňujúceho hlásenie) <input type="text"/>	Kód lekára: <input type="text"/>
	Dátum vyplnenia hlásenia: <input type="text"/>	Názov zdrav.zariadenia: <input type="text"/>
	Podpis lekára: <input type="text"/>	Odd./klinika: <input type="text"/>