

HLÁSENIE O PACIENTOVI S BRONCHIÁLNOU ASTMOU

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mesiac spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/>
	IČO PZS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Kód PZS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Názov zariadenia: <input type="text"/>
	Meno lekára vyplňujúceho hlásenie: <input type="text"/>
	Dátum vyplnenia hlásenia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Identifikačné údaje pacienta, typ hlásenia	Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <input type="text"/>
	Dátum narodenia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Rodné číslo: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Pohlavie: 1-žena <input type="checkbox"/> 2-muž <input type="checkbox"/> Vek (dopočíta sa) : <input type="text"/> <input type="text"/>
	Bydlisko: <input type="text"/>
	Obec (e-výber) : <input type="text"/>
Klinické príznaky, stanovenie diagnózy	Prvé klinické príznaky: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mesiac rok
	Stanovenie diagnózy: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mesiac rok
	Iné závažné pridružené choroby: <input type="text"/>
	Poznámka: <input type="text"/>
Špecifikácia diagnózy	Špecifikácia astmy bronchiálne podľa MKCH-10: 1- Prevažne alergická bronchiálna astma (J45.0) <input type="checkbox"/> Je prítomná chronická rinitída ? 1- áno <input type="checkbox"/> 2- Nealergická bronchiálna astma (J45.1) 2 - nie <input type="checkbox"/> 3- Zmiešaná bronchiálna astma (J45.8) <input type="checkbox"/> 4- Bronchiálna astma, bližšie neurčená (J45.9) <input type="checkbox"/>
	Výšetrenia realizované pri stanovení diagnózy: Len klinické príznaky a obektívny nález <input type="radio"/> FeNO <input type="radio"/> Bronchodilatačný test <input type="radio"/> kožné testy <input type="radio"/> Bronchoprovokačný test <input type="radio"/> iné (vypíš) <input type="radio"/> Spirometria <input type="radio"/>
Charakteristika klinického stavu	Charakteristika klinického stavu v roku hlásenia Klasifikácia podľa závažnosti (Národné smernice pre terapiu astma bronchiálne) Kontrola ochorenia (Národné smernice pre terapiu astma bronchiálne) 1- intermitentná 1- kontrolovaná 2- ľahká, perzistujúca 2- čiastočne kontrolovaná 3- stredná perzistujúca 3- nekontrolovaná 4- ťažká perzistujúca <input type="checkbox"/>
	Terapia pacienta (aktuálna): inhalačné kortikoidy <input type="radio"/> anti-IgE liečba <input type="radio"/> LABA <input type="radio"/> systémové kortikoidy - nie záchranná medikácia <input type="radio"/> IKS + LABA - v jednom inhalátore <input type="radio"/> alergénová imunoterapia <input type="radio"/> antileukotrién <input type="radio"/> iné <input type="radio"/> ak iné (vypíš) <input type="text"/>
Dispenzár	Dôvod vyradenia: 1- úmrtie 2- prestup do iného zdravotníckeho zariadenia 3-"stratený" z evidencie <input type="checkbox"/>
	Ak úmrtie,zomrel pacient na následky AB 1-áno 2- nie 3-údaj neznámy <input type="checkbox"/>
Správa pre NCZI	Poznámky: doplnenie informácií <input type="text"/>