

Hlásenie cievnej mozgovej príhody

rok 2014

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mesiac spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> Dátum vyplnenia hlásenia: <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"/>
Identifikačné údaje pacienta	Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <input type="text"/> Pohlavie: 1- muž <input type="checkbox"/> 2- žena <input type="checkbox"/>
	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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Vek: <input type="text"/> <input type="text"/> dopočíta NCZI
Príjem do nemocnice	PRÍJEM DO NEMOCNICE / STAV PRI PRIJATÍ Prijem 1: aktuálny (na pracovisko, ktoré hlási) <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"/> deň mesiac rok hodina / minúta Prijem 0: 1-en pri preklade / dátum-čas prijmu predchádzajúcej / 1./ hospitalizácie Dátum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Čas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Čas neznámy: <input type="checkbox"/> deň mesiac rok hodina minúta Stav pri prijatí: 1- s poruchou vedomia <input type="checkbox"/> 2- bez poruchy vedomia <input type="checkbox"/> NHSS skóre <input type="text"/> mRankin skóre (1-6) <input type="text"/> 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"/>
	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"/> deň mesiac rok hodina / minúta Klinické príznaky pri prijatí: 1- kmeňové <input type="checkbox"/> 2- hemisférické <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 Sledované chorobné stavy: stav po TIA 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> stav po hemoragickej CMP 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> stav po ischemickej CMP 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> stav po IM 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> diabetes na PAD 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> diabetes na inzulín 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> fibrilácia predsieni 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> iná porucha srdcového rytmu 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> hypertenzia (lieč., nelieč.) 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> iné: <input type="text"/> Medikácia: antihypertenzíva <input type="checkbox"/> antikoagulačná <input type="checkbox"/> - betablokátor 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> 1- warfarín <input type="checkbox"/> 4- apixaban <input type="checkbox"/> - diuretiká 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> 2- dabigatran <input type="checkbox"/> 5- iné <input type="checkbox"/> - kalciové antagonisty 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> 3- rivaroxaban <input type="checkbox"/> 6- žiadne <input type="checkbox"/> -ACE inhibitory 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Ak iné, vypíš: <input type="text"/> - sartany 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> - iné antihypertenzíva <input type="text"/> aspirín 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> - iné lieky <input type="text"/> Clopidogrel 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> hypolipemiká-statíny 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> iné antiagregancia <input type="text"/> orálne kontraceptíva 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Rizikové faktory životného štýlu Fajčenie: 1- nefajčiar (nikdy nefajčil) <input type="checkbox"/> 2- exfajčiar (viac ako 1 rok) <input type="checkbox"/> 3- fajčenie posledných 5 rokov <input type="checkbox"/> 4- fajčenie pred viac ako 5 rokmi <input type="checkbox"/> 9- údaje o fajčení neznáme <input type="checkbox"/> Alkohol: alkohol (denne 60g a viac) <input type="checkbox"/> 1-áno 2-nie 9- neznáme <input type="checkbox"/> Nadváha alebo obezita: 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Iný RF (uveď): <input type="text"/>
	ZAČIATOK LIEČBY Údaje z odd., ktoré CMP hlási: 1- do 3 hodín <input type="checkbox"/> 3- do 9 hodín <input type="checkbox"/> 5- údaj neznámy <input type="checkbox"/> 2- do 6 hodín <input type="checkbox"/> 4- viac ako do 9 hodín <input type="checkbox"/> V prípade prekladu, liečba poskytnutá na predchádzajúcom oddelení 1-áno 0- nie <input type="checkbox"/>
Príbeh hospitalizácie	RODINNÁ ANAMNEZA (iba rodičia a súrodenci) hypertenzia <input type="checkbox"/> CMP <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> údaj neznámy <input type="checkbox"/>
	LIEČBA NEINVAZÍVNA - FARMAKOTERAPIA Liečba neinvazívna: trombolýza 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Heparin LMW 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> MgSO ₄ 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> aspirín 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Heparin antikoagulačná 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Manitol 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> iné antiagregancia: 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Kortikoidy 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> antibiotiká 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> ak "iné", vypísať: <input type="text"/> Nootropiká 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> iné: <input type="text"/> antidepresí 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>
Príbeh hospitalizácie	LIEČBA INVAZÍVNA endovaskul.výkon 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> chirurgický výkon 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Ak áno, vypíš aký: <input type="text"/>
	KONEČNÁ KLINICKÁ DIAGNÓZA - typ CMP Hemoragická <input type="checkbox"/> Ischemická <input type="checkbox"/> • TIA (G45.02 - G45.99) <input type="checkbox"/> kód MKCH G 4 5 <input type="text"/> • LIM (I63.0-I63.9),(G46.0-G46.8) <input type="checkbox"/> kód MKCH I 6 3 <input type="text"/> zadať špecifikáciu cievneho syndrómu → G 4 6 <input type="text"/> reverzibilná ukončená <input type="checkbox"/> progredujúca <input type="checkbox"/> iná <input type="text"/>
Príbeh hospitalizácie	ETIOPATOGENÉZA Hemoragická CMP: 1- spontánna 4- hemorágia do isch.ložiska 7- z nezisteného zdroja 2- z aneurizmy 5- z AV malformácie 8- iné: <input type="checkbox"/> 3- hemorágia do tumoru 6- vaskulitída Ak iné, vypíš: <input type="text"/> Ischemická CMP: 1- kardioembolická 4- kryptogénna 2- aterotrombotická 5-iná <input type="checkbox"/> 3- lakunárna Ak iná, vypíš: <input type="text"/>
	UKONČENIE HOSPITALIZÁCIE Ukončenie hospitalizácie: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> deň mesiac rok 1- Prepustenie domov NIHSS skóre <input type="text"/> mRankin skóre (od 1-6) <input type="text"/> 2- Prepustenie mimo rod.prostredia 3- Preklad ak preklad, do výberu: 1-rehabilitačné odd. 2-doliečovacie odd. 3-iné akútne odd. <input type="checkbox"/> 4- Exitus čas exitu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> hodina minúta
Príbeh hospitalizácie	PRÍČINA UMŤRTIA 1- Kompresia mozg.kmeňa (G93.5) <input type="checkbox"/> 2- Pľúcna embólia (I26.0, I26.9) <input type="checkbox"/> 3- Nutrič. a metab. poruchy (E90) <input type="checkbox"/> 4- Edém mozgu (G93.6) <input type="checkbox"/> 5- Akútny infarkt myokardu (I21.0-I22.9) <input type="checkbox"/> 6- Iná príčina <input type="checkbox"/> Ak iná, vypíš: <input type="text"/>