

Hlásenie diabetes mellitus u detí

rok 2014

Identifikačná 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"/>																																																																																																
	Názov zariadenia: <input type="text"/>																																																																																																
	Meno lekára vyplňujúceho hlásenie: <input type="text"/> IČO PZS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																
	Kód lekára vyplňujúceho hlásenie: <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"/> Kód PZS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/>																																																																																																
	Trvalé bydlisko: ulica, č.d. <input type="text"/> Obec: <input type="text"/>																																																																																																
Stanovenie diagnózy DM	Dátum zistenia diabetu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Typ diabetu: 1- typ 1 <input type="checkbox"/> 2- typ 2 <input type="checkbox"/> 3- gestačný <input type="checkbox"/> 5- iný <input type="checkbox"/>																																																																																																
Rodinná anamnéza	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Ochorenia v rodine</th> <th colspan="2">Súrodenci</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Otec</th> <th>Matka</th> <th>Bratia</th> <th>Sestry</th> <th>d ďalší pokrvní príbuzní</th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DMtyp1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Celkový počet bratov <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>DMtyp2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Celkový počet sestier <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Infarkt myokardu</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Cievna mozgová príhoda</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Hypertenzia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Obezita</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Ochorenia štítnej žľazy</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Celiakia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Autoimunitné</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Alergie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>	Ochorenia v rodine						Súrodenci			Otec	Matka	Bratia	Sestry	d ďalší pokrvní príbuzní			DMtyp1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celkový počet bratov <input type="text"/> <input type="text"/>		DMtyp2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celkový počet sestier <input type="text"/> <input type="text"/>		Infarkt myokardu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Cievna mozgová príhoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Hypertenzia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Obezita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Ochorenia štítnej žľazy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Celiakia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Autoimunitné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Alergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Ochorenia v rodine						Súrodenci																																																																																										
	Otec	Matka	Bratia	Sestry	d ďalší pokrvní príbuzní																																																																																												
DMtyp1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celkový počet bratov <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																											
DMtyp2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celkový počet sestier <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																											
Infarkt myokardu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Cievna mozgová príhoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Hypertenzia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Obezita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Ochorenia štítnej žľazy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Celiakia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Autoimunitné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Alergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Osobná anamnéza	<p>Tehotenstvo a pôrod: Poradie tehotenstva <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>pôr.hmotnosť (g) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pôr.dĺžka (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> gestačný vek (týž.) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Prekonalé ochorenia: parotitis <input type="checkbox"/> varicela <input type="checkbox"/> rubeola <input type="checkbox"/> šarlach <input type="checkbox"/></p> <p>Dieťa kriesené: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nezistené <input type="checkbox"/></p> <p>Plne dojčené do (mes.) <input type="text"/> <input type="text"/> mes.</p> <p>Mliečne prídavky od (mes.) <input type="text"/> <input type="text"/> mes.</p>																																																																																																
Predchorobie a chronické ochorenia dieťaťa	<p>Posledný akútny infekt pred DM: 1. infekt HDC <input type="checkbox"/> 2. infekt DDC <input type="checkbox"/> 3. choroby ucha <input type="checkbox"/> 4. choroby oka a jeho adnexov <input type="checkbox"/></p> <p>5. gastrointestinálne ťažkosti <input type="checkbox"/> 6. choroby močovej a pohlavnej sústavy <input type="checkbox"/> 7. iné (vypíš) <input type="text"/></p> <p>Čas prekonaného infektu pred zistením diabetu (v týždňoch) <input type="text"/> týž.</p> <p>Liečba kortikosteroidmi v poslednom roku: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nezistené <input type="checkbox"/></p> <p>Ochorenia/stav, pre ktorý boli podávané kortikoid: vypíš: <input type="text"/> údaj neznámy <input type="checkbox"/></p> <p>Závažné chronické ochorenie dieťaťa: vypíš: <input type="text"/></p>																																																																																																
Špecifické klinické príznaky	<p>Uvedte aj dátum, odkedy sú ťažkosti prítomné MM / RR <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Polydipsia <input type="checkbox"/> Balanitída/ Vulvitída <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MM / RR</p> <p>Polyúria <input type="checkbox"/> Neprimeraná únava <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Polyfágia <input type="checkbox"/> Pokles hmotnosti <input type="checkbox"/> <input type="text"/> kg</p>																																																																																																
TK a antropometrické ukazovatele	<p>Hodnota systolického tlaku: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr</p> <p>Hodnota diastolického tlaku: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr</p> <p>Hmotnosť pri prijatí <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg</p> <p>Výška pri prijatí <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm</p>																																																																																																
Laboratórne výsledky - k dátumu prijatia	<p>Hodnoty bazálnej glykémie (mmol/l) <input type="text"/> mmol/l</p> <p>Hodnoty postprandiálnej glykémie <input type="text"/> mmol/l</p> <p>Ketoacidóza áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nezistené <input type="checkbox"/></p> <p>Odpad glukózy v moči áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nezistené <input type="checkbox"/></p> <p>Odpad glukózy v moči (mmol/ 24 hod.) <input type="text"/> mmol/l</p> <p>Mikroalbuminúria (mg/ 24 hod.) <input type="text"/> mg</p> <p>Hodnota kreatinínu <input type="text"/> μmol/l</p> <p>Hodnoty vstupného glykovaného hemoglobínu (v%) <input type="text"/></p> <p>podľa IFCC <input type="checkbox"/></p> <p>podľa DCCT <input type="checkbox"/></p> <p>Semikvantitatívne hodnotenie: pozit + <input type="checkbox"/> pozit++ <input type="checkbox"/> pozit+++ <input type="checkbox"/> nevyšetrená <input type="checkbox"/></p> <p>Celkový cholesterol <input type="text"/> mmol/l</p> <p>HDL cholesterol <input type="text"/> mmol/l</p> <p>HLA <input type="text"/></p> <p>Výsledok laboratórneho vyšetrenia - HLA typ <input type="text"/></p>																																																																																																
Liečba a stav pacienta	<p>Denná dávka inzulínu pri prepustení: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>v jednotkách</p> <p>počet jednotiek na kg hmotnosti <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Počet podaní inzulínu denne <input type="text"/></p> <p>Kompenzácia: výborná <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>dobrá <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>primeraná <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>zlá <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hmotnosť pri prepustení <input type="text"/> kg</p> <p>Výška pri prepustení <input type="text"/> cm</p> <p>Inzulínová pumpa áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> neznámy <input type="checkbox"/></p> <p>Iná medikamentozná liečba <input type="text"/></p> <p>Nástup remisie od manifest.DM <input type="text"/> <input type="text"/> týž.</p> <p>Komplikácie: Retinopatia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>bez retinopatie <input type="checkbox"/> bez nefropatie <input type="checkbox"/> bez neuropatie <input type="checkbox"/></p> <p>pozit. + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>pozit. ++ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>pozit. +++ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>nevyšetrená <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																																																																																																
Poznámka	Informácia lekára pre NCZI k ev.upresneniu /doplneniu údajov																																																																																																