

HLÁSENIE O PACIENTOVI S CIEVNOU MOZGOVOU PRÍHODOU

rok 2015

Identifikačné údaje zariadenia	Rok spracovania: <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"/>
Identifikačné údaje pacienta	Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <input type="text"/> Pohlavie: 1- muž 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"/> <input type="checkbox"/> <small>dopočíta NCZI</small>
Príjem do nemocnice	<p>PRVÉ KLINICKE PRÍZNAKY / TRANSPORT</p> <p>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"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><i>deň mesiac rok hodina / minúta</i></p> <p>Transport:</p> <p>Typ: 1- primárny (priamo z terénu)</p> <p>2- sekundárny (transport z ambulancie iného zariadenia)</p> <p>3- sekundárny (preklad z oddelenia iného zariadenia)</p> <p>4- bez transportu (vznik CMP počas hospitalizácie v tom istom zdr. zariadení)</p> <p>5- údaj sa nedá zistiť</p> <p>Spôsob transportu:</p> <p>1- RZP/RLP 2- Iný (akýkoľvek) 3- údaj sa nedá zistiť</p>
	<p>PRÍJEM DO NEMOCNICE / STAV PRI PRÍJATI</p> <p>Pacient po príchode do nemocnice odovzdaný (netýka sa pacientov so vznikom CMP počas hospitalizácie): <input type="checkbox"/></p> <p>1- na centrálny príjem (CP) 2- priamo na odd., ktoré hlási <input type="checkbox"/></p> <p>Príjem 1: Dátum a čas prijmu pacienta <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><i>deň mesiac rok hodina minúta</i></p> <p>Príjem 0: Dátum a čas prijmu pri predchádzajúcej /1./ hospitalizácii, ak išlo o preloženého pacienta <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Klinické príznaky pri prijatí: 1- kmeňové 2- hemisferické 3- lakunárne <input type="checkbox"/></p> <p>Porucha vedomia: 1- áno 2- nie <input type="checkbox"/></p> <p>NHSS skóre <input type="text"/> mRankin skóre (1-6) <input type="text"/></p> <p>TK pri prijatí: 1- meraný tlak 2- nameraný TK 3- nameraný TK <input type="checkbox"/></p> <p>Hodnoty TK: <input type="text"/> / <input type="text"/> Torr</p>
Anamnéza	<p>OSOBNÁ ANAMNEZA</p> <p>Sledované chorobné stavy:</p> <p>OA negatívna 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>(vo vzťahu k nižšie uvedeným dg.)</p> <p>stav po TIA 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>stav po hemoragickej CMP 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>stav po ischemickej CMP 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>stav po IM 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>diabetes na PAD 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>diabetes na inzulín 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>fibrilácia predsieni 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>iná porucha srdcového rytmu 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>hypertenzia (lieč. nelieč.) 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Iné závažné ochorenia (uveď): <input type="text"/></p> <p>Medikácia</p> <p>Medikácia (vo vzťahu k nižšie uvedenej th.) 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>antihypertenzíva</p> <p>- betablokátory 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>- diuretiká 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>- kalciové antagonisty 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>- ACE inhibitory 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>- sartany 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>- iné antihypertenzíva <input type="text"/></p> <p>- iné lieky <input type="text"/></p> <p>hypolipemiká-statiniv 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>orálne kontraceptíva 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>antikoagulačná</p> <p>1- warfarín 4- apixaban</p> <p>2- dabigatran 5- iné</p> <p>3- rivaroxaban 6- žiadne <input type="checkbox"/></p> <p>Ak iné, vypíš: <input type="text"/></p> <p>aspirín 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Clopidogrel 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>iné antiagreganciá <input type="text"/></p> <p>Rizikové faktory životného štýlu</p> <p>Fajčenie: 3- exfajčiar</p> <p>6- nefajčiar (nikdy nefajčil)</p> <p>8- súčasné fajčenie - nie viac ako 5 rokov</p> <p>9- súčasné fajčenie - viac ako 5 rokov <input type="checkbox"/></p> <p>(číslo k fajčeniu zohľadňujú ich poradie vo vs. číselníku o fajčení)</p> <p>Alkohol: alkohol (denne 60g a viac)</p> <p>1-áno 2-nie 9- neznáme <input type="checkbox"/></p> <p>Nadváha alebo obezita: 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Iný RF (uveď): <input type="text"/></p>
	<p>ZAČIATOK LIEČBY</p> <p>Začiatok liečby pacienta (bez ohľadu na to, na ktorom odd. bola liečba podaná) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Vygenerovaný časový interval (dopočíta NCZI): <input type="text"/></p> <p>Čas 1: : prvé kl.príznaky - začiatok liečby <input type="text"/></p> <p>Čas 2: : príjem do nemocnice (príjem na CP alebo na odd., ak nejde cez CP) - začiatok liečby <input type="text"/></p>
Príbeh hospitalizácie	<p>RODINNÁ ANAMNEZA (iba rodičia a súrodenci)</p> <p>RA negatívna (vo vzťahu k nižšie uvedeným dg.) <input type="checkbox"/></p> <p>1- áno 2- nie 3- údaj neznámy</p> <p>CMP <input type="checkbox"/></p> <p>hypertenzia <input type="checkbox"/></p> <p>IM <input type="checkbox"/></p>
	<p>LIEČBA NEINVAZÍVNA - FARMAKOTERAPIA</p> <p>Liečba neinvazívna:</p> <p>trombolýza 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>antitrombotická <input type="checkbox"/></p> <p>aspirín: 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>iné antiagreganciá: 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>ak "iné", vypísať: <input type="text"/></p> <p>Heparín LMW 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Heparín antikoagulačná 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Cerebrolýzín 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Kortikoidy 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Nootropiká 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>MgSO₄ 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Manitol 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>antibiotiká 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>antidepresí 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>iné: <input type="text"/></p>
Príbeh hospitalizácie	<p>LIEČBA INVAZÍVNA</p> <p>endovaskul.výkon 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>chirurgický výkon 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Ak áno, vypíš aký: (iba rodičia a súrodenci) <input type="text"/></p>
	<p>KONEČNÁ KLINICKÁ DIAGNÓZA - typ CMP</p> <p>Hemoragická <input type="checkbox"/></p> <p>• subarachnoidná (I60.0 - I60.9) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input type="text"/></p> <p>• intracerebrálna (I61.0-I61.9) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input type="text"/></p> <p>• iné neúrazové (I62.00-I62.09) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input type="text"/></p> <p>Nešpecifikovaná apoplexia (I64) <input type="checkbox"/></p> <p>Ischemická <input type="checkbox"/></p> <p>• TIA (G45.02 - G45.99) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input type="text"/></p> <p>• LIM (I63.0-I63.9),(G46.0-G46.8) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input type="text"/></p> <p>zadaf špecifikáciu cievného syndrómu <input type="text"/></p> <p>reverzibilná ukončená <input type="checkbox"/></p> <p>progredujúca <input type="checkbox"/></p> <p>iná <input type="text"/></p>
Príbeh hospitalizácie	<p>ETIOPATOGENÉZA</p> <p>Hemoragická CMP:</p> <p>1- spontánna 4- hemorágia do isch.ložiska 7- z nezisteného zdroja</p> <p>2- z aneuryzmy 5- z AV malformácie 8- iné: <input type="checkbox"/></p> <p>3- hemorágia do tumoru 6- vaskulitída Ak iné, vypíš: <input type="text"/></p> <p>Ischemická CMP:</p> <p>1- kardiembolická 4- kryptogénna</p> <p>2- aterotrombotická 5- iná <input type="checkbox"/></p> <p>3- lakunárna Ak iná, vypíš: <input type="text"/></p>
	<p>UKONČENIE HOSPITALIZÁCIE</p> <p>Liečba pri prepustení (súvisiaca s odp.th po CMP)</p> <p>1. warfarín 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>2. NOAK 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>3. antiagregačná 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>4. statín 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>5. iná 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>6. žiadna 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>ak iná, vypíš: <input type="text"/></p> <p>Ukončenie hospitalizácie: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><i>deň mesiac rok</i></p> <p>1- Prepustenie domov NIHSS skóre <input type="text"/> mRankin skóre (od 1-6) <input type="text"/></p> <p>2- Prepustenie mimo rod.prostredia</p> <p>3- Preklad ak preklad, do výberu: 1-rehabilitačné odd. 2-doliečovacie odd. 3-iné akútne odd. <input type="checkbox"/></p> <p>4- Exitus čas exitu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><i>hodina minúta</i></p>
Príbeh hospitalizácie	<p>PRÍČINA ÚMRTIA</p> <p>1- Kompresia mozg.kmeňa (G93.5)</p> <p>2- Pľúcna embólia (I26.0, I26.9)</p> <p>3- Nutrič. a metab. poruchy (E90)</p> <p>4- Edém mozgu (G93.6)</p> <p>5- Akútny infarkt myokardu (I21.0-I22.9)</p> <p>6- Iná príčina <input type="checkbox"/></p> <p>Ak iná, vypíš: <input type="text"/></p>