

HLÁSENIE O PACIENTOVI SO SKLERÓZOU MULTIPLEX

rok 2015

Identifikačná zariadenia/lekára	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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Identifikačné údaje pacienta a typ hlásenia	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"/> Zdravotná poisťovňa: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TYP HLÁSENIA : 1 - novodiagnostikovaný pacient <input type="checkbox"/> 2 - prvé hlásenie u dispenzarizovaného pacienta <input type="checkbox"/> 3 - kontrolné hlásenie - aktuálny stav <input type="checkbox"/>	
Sociálna anamnéza	Rodinný stav: 0 - nezistený <input type="checkbox"/> 1 - slobodná (ý) <input type="checkbox"/> 2 - vydatá (ženatý) <input type="checkbox"/> 3 - rozvedená (ý) <input type="checkbox"/> 4 - vdova (vdovec) <input type="checkbox"/> 5 - registrované partnerstvo <input type="checkbox"/>
	Vzdelanie: 1- základné neukončené <input type="checkbox"/> 2 - základné ukončené <input type="checkbox"/> 3 - stredné bez maturity <input type="checkbox"/> 4 - stredné s maturitou <input type="checkbox"/> 5 - vysokoškolské bakalárske <input type="checkbox"/> 6 - vysokoškolské (ostatné) <input type="checkbox"/> 9 - neznáme <input type="checkbox"/>
	Zamestnanie: 0 - dieťa/žiak/ študent <input type="checkbox"/> 1- pravidelne zamestnaný <input type="checkbox"/> 2- príležitostne zamestnaný <input type="checkbox"/> 3- nezamestnaný <input type="checkbox"/> 4- dôchodca/ invalidný <input type="checkbox"/> 5-dôchodca/ starobný <input type="checkbox"/> 6- žiadny, závislosť od inej osoby <input type="checkbox"/> 7- iný <input type="checkbox"/> 9- neuvedený <input type="checkbox"/>
	Zamestnanie (upresnenie pri možnosti 1 / uväzok/ a 4 /typ inv.dôch.) <input type="text"/>
Osobná a rodinná anamnéza	Ochorenia: hypertenzia <input type="checkbox"/> cievna mozgová príhoda <input type="checkbox"/> diabetes mellitus <input type="checkbox"/> infarkt myokardu <input type="checkbox"/> žiadne z uvedených <input type="checkbox"/>
	Návyky: Čierna káva: 1. nie <input type="checkbox"/> 2. 1-2x denne <input type="checkbox"/> 3. 3 a viacrát denne <input type="checkbox"/> Fajčenie: 3- exfajčiari <input type="checkbox"/> 6-nefajčili (nikdy nefajčili) <input type="checkbox"/> 8- súč.fajčiari - nie viac ako 5 r. <input type="checkbox"/> 9- súč.fajčiari- viac ako 5 r. <input type="checkbox"/> (čísla k fajčeniu zohľadňujú ich poradie vo vš. číselníku o fajčení) Alkohol: 1. nie <input type="checkbox"/> 2. príležitostne <input type="checkbox"/> 3. denne <input type="checkbox"/> Drogy: 1. áno <input type="checkbox"/> 2. nie <input type="checkbox"/> Ak áno,aké:
	Alergie: 1. áno <input type="checkbox"/> 2. nie <input type="checkbox"/> Ak áno,aké: SM v rodine 1. nie <input type="checkbox"/> 2. matka <input type="checkbox"/> 3. otec <input type="checkbox"/> 4. súrodenci <input type="checkbox"/> 5.viac členov rodiny <input type="checkbox"/> Dlhodobé užívanie lieky nesúvisiace s SM: <input type="checkbox"/>
Klinická charakteristika diagnostika SM	Začiatok ochorenia: <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"/> <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"/>
	Prvé symptómy: <input type="checkbox"/> klinicky <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> magnetická rezonancia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> likvor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mozgový kmeň-cerebellum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> evokované potenciály <input type="checkbox"/> miecha <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Začiatok progresie: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Ak iné, vypiš: aké:
Výšetrenia - tlak krvi a antropometrické ukazovatele	Dátum vyšetrenia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Tlak krvi systolický (mmHg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tlak krvi diastolický (mmHg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pulz: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Výška: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm Hmotnosť: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Funkčné systémy a E/DSS skóre	PYRAMÍDOVÝ: 0. fyziologický nález <input type="checkbox"/> 1. abnormálne príznaky bez deficitu <input type="checkbox"/> 2. minimálne postihnutie <input type="checkbox"/> 3. ľahká alebo stredne ťažká paraparéza alebo hemiparéza, ťažká monoparéza <input type="checkbox"/> 4. významná paraparéza alebo hemiparéza, stredne ťažká kvadruparéza, monoplégia <input type="checkbox"/> 5. paraplégia, hemiplégia alebo významná kvadruparéza <input type="checkbox"/> 6. kvadruplégia <input type="checkbox"/>
	CITLIVOSŤ: 0. fyziologický nález <input type="checkbox"/> 1. oslabená vibračná citlivosť alebo grafestézia len na 1 alebo 2 končatinách <input type="checkbox"/> 2. ľahké zníženie vnímania dotyku, bolesti, polohocitu a/alebo úplná strata vibračnej citlivosti na 1 alebo 2 končatinách alebo znížená vibračná citlivosť na 3 alebo 4 končatinách <input type="checkbox"/> 3.Strata vibračnej citlivosti na 1 alebo 2 končatinách alebo ľahké zníženie vnímania dotyku alebo bolesti a/ alebo stredne ťažké postihnutie všetkých zložiek propriocepcie na 3 až 4 končatinách <input type="checkbox"/> 4. významné zníženie vnímania dotyku alebo bolesti alebo strata propriocepcie samostatne alebo v kombinácii na 1 alebo 2 končatinách, stredne ťažké zníženia dotyku alebo bolesti a/alebo ťažké oslabenie propriocepcie na viac ako 2 končatinách <input type="checkbox"/> 5. strata citlivosti na 1 alebo 2 končatinách alebo strata propriocepcie na väčšine tela od hlavy nadol <input type="checkbox"/> 6. úplná strata citlivosti od hlavy nadol <input type="checkbox"/>
	ZRAKOVÝ: 0. fyziologický nález <input type="checkbox"/> 1. nabludenie disku a/alebo mierny skotóm a/alebo zrak.ostrosť (korig.)na horšom oku menej ako 6/6 do 6/9 <input type="checkbox"/> 2. na horšom oku veľký skotóm a/alebo zrak.ostrosť (korigovaná) medzi 6/9 - 6/12 <input type="checkbox"/> 3. na horšom oku zrak.ostrosť (korigovaná) medzi 6/18 - 6/24 <input type="checkbox"/> 4. na horšom oku zrak.ostrosť (korig.) medzi 6/36-6/60 alebo 3. stupeň na horšom oku a zrak.ostrosť na lepšom oku 6/18 a menej <input type="checkbox"/> 5. na horšom oku zrak.ostrosť (korig.) 6/60 alebo 4. st.na horšom oku a zrak.ostrosť na lepšom oku 6/18 a menej <input type="checkbox"/> 6. na horšom oku 5.stupeň a zraková ostrosť na lepšom oku 6/18 a menej <input type="checkbox"/>
	POHYBLIVOSŤ: 0. bez obmedzenia <input type="checkbox"/> 1. 500 m bez pomoci a odpočinku <input type="checkbox"/> 2. 300 m bez pomoci a odpočinku <input type="checkbox"/> 3. 200 m bez pomoci a odpočinku <input type="checkbox"/> 5. 100 m s jednostrannou podporou <input type="checkbox"/> 6. 20 m s obojstrannou podporou <input type="checkbox"/> 7. viazaný na invalidný vozík-pohybuje sa sám <input type="checkbox"/> 8. viazaný na invalidný vozík-potrebuje pomoc pri presunutí <input type="checkbox"/>
	MOZGOVÝ KMEŇ: 0. fyziologický nález <input type="checkbox"/> 1. len príznaky <input type="checkbox"/> 2. stredne ťažký nystagmus alebo iné ľahké postihnutie <input type="checkbox"/> 3. ťažký nystagmus, významná slabosť okohybných svalov alebo stredne ťažké postihnutie iných hlavových nervov <input type="checkbox"/> 4. významná dysartria alebo iné významné postihnutie <input type="checkbox"/> 5. neschopnosť prehltať alebo rozprávať <input type="checkbox"/>
	SFINKTERY: 0. fyziologický nález <input type="checkbox"/> 1. ľahké zdržanie moču, urgencia a/alebo obštipácia <input type="checkbox"/> 2.stredne ťažké zdržiavanie moču a/alebo urgencia a/alebo ťažká obštipácia <input type="checkbox"/> 3.častá močová inkontinencia alebo intermit.samokatetrizácia , konštantná potreba častých klyziem a manuálnych vyprázdňovacích technik <input type="checkbox"/> 4. potreba skoro konštantnej katetrizácie <input type="checkbox"/> 5. permanentný externý alebo vnorený katéter <input type="checkbox"/> 6. strata funkcie sfinkterov <input type="checkbox"/>
	MENTÁLNY: 0. fyziologický nález <input type="checkbox"/> 1. poruchy nálady, únava ovplyvňujúca denné aktivity <input type="checkbox"/> 2. mierne spomalené myslenie, únava ovplyvňujúca denné aktivity <input type="checkbox"/> 3. stredne ťažké spomalenie myslenia <input type="checkbox"/> 4. významné spomalenie myslenia <input type="checkbox"/> 5. demencia <input type="checkbox"/>
	10. väčšiu dňa uputávaný na lôžko <input type="checkbox"/> 11. pacient na lôžku - môžu komunikovať a jesť <input type="checkbox"/> 12. úplne závislý pacient na lôžku-nemôže komunikovať, jesť a prehltať <input type="checkbox"/>

