

## HLÁSENIE O PACIENTOVI PO TRANSPLANTCII PŔÚC

### rok 2015

<b>Identifikania zariadenia</b>	<b>Rok spracovania:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>Mesiac spracovania:</b> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
	<b>IO PZS:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
	<b>Kd PZS:</b> <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"/>																								
	<b>Nzov zariadenia:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>																								
	<b>Meno lekra vyplujceho hlsenie:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>																								
	<b>Kd lekra vyplujceho hlsenie:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
	<b>Dtum vyplnenia hlsenia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
<b>Identifikane pacienta</b>	<b>Meno:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> <b>Priezvisko:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>																								
<b>daje</b>	<b>Dtum narodenia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
	<b>Rodne slo:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
	<b>Pohlavie:</b> 1-ena <input type="checkbox"/> 2-mu <input type="checkbox"/>																								
	<b>Trvale bydlisko ( ul..d.):</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> <b>Trvale bydlisko (obec):</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>																								
<b>Stanovenie diagnzy, pre ktor dolo k transplantcii / akacia doba</b>	<b>Stanovenie diagnzy (dtum)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">mesiac rok</div>																								
	<b>Histologizcia:</b> 1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>																								
	<b>DDOT od dtumu:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">mesiac rok</div>																								
	<b>Pet mesiacov na akacej listine:</b> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
	<b>Poznmka:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>																								
<b>pecifikacia diagnzy pred transplantciou</b>	<b>pecifikacia diagnzy pred transplantciou podľa MKCH 10:</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 - Chronik obtrukna choroba pŕc</td> <td style="width: 33%;">J44.99</td> <td style="width: 33%;">5 - Histiocytza</td> <td style="width: 33%;">D76.0</td> </tr> <tr> <td>2 - Pŕcna artriova hypertenzia</td> <td>I27.0</td> <td>6 - Lymfngioleiomyomatza</td> <td>Q85.1</td> </tr> <tr> <td>3 - Cysticka fibrza</td> <td>E84.2</td> <td>7 - Retransplantcia pŕc</td> <td>Z94.2</td> </tr> <tr> <td>4 - Idiopaticka pŕcna fibrza</td> <td>J84.9</td> <td>8 - ine ochorenie</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/></p> <p>ak ine, vypi <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>– podľa OMIM (vypln NCZI): <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>– podľa ORPHA (vypln NCZI): <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	1 - Chronik obtrukna choroba pŕc	J44.99	5 - Histiocytza	D76.0	2 - Pŕcna artriova hypertenzia	I27.0	6 - Lymfngioleiomyomatza	Q85.1	3 - Cysticka fibrza	E84.2	7 - Retransplantcia pŕc	Z94.2	4 - Idiopaticka pŕcna fibrza	J84.9	8 - ine ochorenie									
1 - Chronik obtrukna choroba pŕc	J44.99	5 - Histiocytza	D76.0																						
2 - Pŕcna artriova hypertenzia	I27.0	6 - Lymfngioleiomyomatza	Q85.1																						
3 - Cysticka fibrza	E84.2	7 - Retransplantcia pŕc	Z94.2																						
4 - Idiopaticka pŕcna fibrza	J84.9	8 - ine ochorenie																							
<b>Transplantcia pŕc</b>	<b>Dtum transplantcie:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
	<b>Vek v ase transplantcie:</b> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
	<b>Indukna lieba</b> 1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>																								
	<b>Dlka hospitalizcie v Transpl. centre (dni)</b> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
	<b>Poznmky:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>																								
<b>Lieba, kombincia imunosupresiv</b>	<b>Lieba, kombincia imunosupresiv:</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">tacrolimus</td> <td style="width: 33%;">1 -no <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">prednison</td> <td style="width: 33%;">1 -no <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>cyklosporin A</td> <td>1 -no <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/></td> <td>ina lieba</td> <td>1 -no <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>mykofnolt mofetil</td> <td>1 -no <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;"><input type="checkbox"/></p> <p>ak ine, vypi: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	tacrolimus	1 -no <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	prednison	1 -no <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	cyklosporin A	1 -no <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	ina lieba	1 -no <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	mykofnolt mofetil	1 -no <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>														
tacrolimus	1 -no <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	prednison	1 -no <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>																						
cyklosporin A	1 -no <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	ina lieba	1 -no <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>																						
mykofnolt mofetil	1 -no <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>																								
<b>Rejekcia</b>	<b>Aktna rejekcia</b> dtum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">de mesiac rok</div>																								
	<b>Histologicky (BSC) verifikovan</b>																								
	<b>Lieba:</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">pulz kortikoidov</td> <td style="width: 33%;">1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>perorlne kortikoidy</td> <td>1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ine</td> <td>1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>ak ine, vypi: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	pulz kortikoidov	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>			perorlne kortikoidy	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>			ine	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>														
pulz kortikoidov	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>																								
perorlne kortikoidy	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>																								
ine	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>																								
	<b>Chronika rejekcia</b> dtum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">de mesiac rok</div>																								
	<b>Histologicky (BSC) verifikovan</b>																								
	<b>Lieba:</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">pulz kortikoidov</td> <td style="width: 33%;">1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">azitromicin</td> <td style="width: 33%;">1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>perorlne kortikoidy</td> <td>1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/></td> <td>zmena imunosupresie</td> <td>1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ine</td> <td>1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>ak ine, vypi <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	pulz kortikoidov	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>	azitromicin	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>	perorlne kortikoidy	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>	zmena imunosupresie	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>			ine	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>												
pulz kortikoidov	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>	azitromicin	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>																						
perorlne kortikoidy	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>	zmena imunosupresie	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>																						
		ine	1-no <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>																						
	<b>Spirometria pacienta po liebe:</b> 1 -bez zmien 2 - zlepena 3- zhorena <input type="checkbox"/>																								
<b>Prdruene ochorenia</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">chronika kolonizcia DC</td> <td style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">akno, vypi <b>druh:</b></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>zhubne ndory</td> <td> <input type="checkbox"/></td> <td>akno, vypi <b>typ:</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>diabetes mellitus</td> <td> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>osteoporza</td> <td> <input type="checkbox"/></td> <td>dyslipidmia</td> <td> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>respirana insuficiencia</td> <td> <input type="checkbox"/></td> <td>art.hypertenzia</td> <td> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ine</td> <td> <input type="checkbox"/></td> <td>ak ine, vypi:</td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	chronika kolonizcia DC	 <input type="checkbox"/>	akno, vypi <b>druh:</b>		zhubne ndory	 <input type="checkbox"/>	akno, vypi <b>typ:</b>		diabetes mellitus	 <input type="checkbox"/>			osteoporza	 <input type="checkbox"/>	dyslipidmia	 <input type="checkbox"/>	respirana insuficiencia	 <input type="checkbox"/>	art.hypertenzia	 <input type="checkbox"/>	ine	 <input type="checkbox"/>	ak ine, vypi:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
chronika kolonizcia DC	 <input type="checkbox"/>	akno, vypi <b>druh:</b>																							
zhubne ndory	 <input type="checkbox"/>	akno, vypi <b>typ:</b>																							
diabetes mellitus	 <input type="checkbox"/>																								
osteoporza	 <input type="checkbox"/>	dyslipidmia	 <input type="checkbox"/>																						
respirana insuficiencia	 <input type="checkbox"/>	art.hypertenzia	 <input type="checkbox"/>																						
ine	 <input type="checkbox"/>	ak ine, vypi:	<input style="width: 100%;" type="text"/>																						
	<b>Poznmka lekra k dajom pacienta/ alebo pre NCZI:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>																								