

HLÁSENIE O PACIENTOVI S ÚRAZOM VYŽADUJÚCIM POSKYTNUTIE ÚSTAVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI – DETI ROK 2016.

Identifikačná zariadenia	Rok spracovania: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Mesiac spracovania: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
	IČO (8 znakov): <input style="width: 60px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Kód PZS: <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
Názov zariadenia: <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
Meno a priezvisko lekára vyplňujúceho hlásenie: <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
Identifikačné údaje pacienta	Meno: <input style="width: 80%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Priezvisko: <input style="width: 80%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
	Pohlavie: (automaticky dopočítaná položka) <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Vek: (automaticky dopočítaná položka) <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
Rodné číslo: <input style="width: 60px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Dátum narodenia: (automaticky dopočítaná položka) <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
Trvalé bydlisko (ulica, číslo): <input style="width: 80%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Trvalé bydlisko (obec): <input style="width: 80%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
Údaje o hospitalizácii, špecifikácia úrazu, vyšetrenia, liečba	Dátum úrazu: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> deň mesiac rok Čas : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> hodina minúta		Ambulantné ošetrenie: 1 - bez ambulantného ošetrenia 2 - v deň úrazu 3 - do 3. dňa po úraze 4 - do 7. dňa po úraze 5 - po 7. dňoch po úraze <input type="checkbox"/> Pri č.5, upresni (ak sú údaje známe) interval: úraz/ošetrenie: <input style="width: 60%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Dátum hospitalizácie: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> deň mesiac rok Čas : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> hodina minúta	
	Úraz spôsobený: 1 - nespôsobený inou osobou - náhodný úraz 2 - samopoškodenie 3 - spôsobený inou osobou - úmyselne 4 - spôsobený inou osobou - neúmyselne <input type="checkbox"/> Ak inak, uveď: <input style="width: 60%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Spôsob úrazu: 1 - pád na fade, snehu 2 - pád pri pokľznutí, podvrtnutí, podknutí (iné okolnosti ako pri 1) 3 - pád zo stoličky 4 - pád z postele 5 - pád zo športového náradia 6 - pád zo schodov 7 - pád zo stromu 8 - iný pád <input type="checkbox"/> 9 - vystavenie účinkom neživ. mech. síl 10 - vystavenie účinkom živých mech. síl			11 - dopravné nehody 12 - náhodné topenie 13 - iné náhodné udusenía 14 - poškodenie el. prúdom, žiarením, extrém. teplotou 15 - poškodenia dymom, ohňom a plameňmi 16 - poškodenie účinkom prírodných síl 17 - kontakt s jedovatými zvieratmi a rastlinami 18 - náhodné otravy a priotrávenia škodlivými látkami <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ak iný spôsob, uveď: <input style="width: 60%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	Aktivita, pri ktorej úraz vznikol (stručný popis): <input style="width: 90%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>					
	Miesto úrazu (možné kombinácie): doma vonku škola, škôlka šport dopravný úraz Ak iné, uveď: <input style="width: 60%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Prítomnosť návykovej látky: <input type="radio"/> alkohol <input type="radio"/> drogy <input type="radio"/> sedatíva <input type="radio"/> neidentifik. látka <input type="radio"/> nejaví známky užitia návykovej látky	Typ úrazu (uviesť aj kombinácie): <input type="radio"/> bodná rana <input type="radio"/> strelná rana <input type="radio"/> sečná rana <input type="radio"/> pomliaždenie vyvrtnutie, podvrtnutie <input type="radio"/> zlomenina poleptanie, popálenie omrzliny Ak iný, uveď: <input style="width: 60%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Lokalizácia úrazu (uviesť aj viac lokalít): <input type="radio"/> hlava <input type="radio"/> krk <input type="radio"/> hrudník <input type="radio"/> končatiny <input type="radio"/> vnútorné orgány <input type="radio"/> pohlavné orgány <input type="radio"/> polytrauma <input type="radio"/>	Spôsob ošetrenia, liečba: <input type="radio"/> medikamentózna <input type="radio"/> <input type="radio"/> s použitím chir. pomôcok (dlaha, sádra..) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> operačný výkon <input type="radio"/> <input type="radio"/> iný výkon / ošetrenie <input type="radio"/> <input type="radio"/> rehabilitácia <input type="radio"/>
Prepustenie /exitus	Spôsob prepustenia: 1 - prepustenie - domov 2 - prepustenie - mimo domáceho prostredia 3 - preklad - iné odd./zdravot.zariadenie 4 - exitus <input type="checkbox"/>		Dátum prepustenia/exitu: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> deň mesiac rok		Diagnóza podľa MKCH (dg. S-T) pri prepustení / vyplní lekár: <input style="width: 60%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
					Mechanizmus úrazu podľa MKCH (vyplní NCZI): <input style="width: 60%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
Poznámky	Doplňujúce informácie: <input style="width: 95%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>					