

## HLÁSENIE OSOBY S DEDIČNOU, GENETICKOU A ZRIEDKAVOU CHOROBOU

rok 2016

Identifikácia 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Názov zariadenia: <input type="text"/>	
Identifikácia zariadenia	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"/>
	Kód 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"/>	
Údaje o pacientovi / probandovi	<b>MODUL 1: Údaje o pacientovi/probandovi</b>	<b>MODUL 2: Základné identifikačné údaje probanda/pacienta</b>
	<u>Hlásenie VCH sa týka pacienta:</u>	Priezvisko <input type="text"/>
	1 - sporadického	Meno <input type="text"/>
	2 - zo známeho rodokmeňa	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"/>
	3 - z neznámeho rodokmeňa <input type="checkbox"/>	Dátum narodenia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (automaticky dopočítaný údaj)
Asymptomatický nosič dominantnej mutácie <input type="radio"/>		Pohlavie      1- muž      2- žena <input type="checkbox"/>
		(automaticky dopočítaný údaj)
Adresa trvalého bydliska (ulica, č.d.) <input type="text"/>		Národnosť (výber): <input type="text"/>
Obec trvalého bydliska (výber z ponuky): <input type="text"/>		<input type="text"/>
Názov choroby/diagnózy a klasifikácia diagnózy, DNA vyšetrenie	<b>MODUL 3: Názov choroby/diagnózy a klasifikácia diagnózy, DNA vyšetrenie</b>	
	Podrobná diagnóza slovnou:	
	Monogénová choroba (uved' názov) ( je kódovaná všetkými tromi kódmi:ICD10,OMIM,ORPHA):	
	Chromozómová anomália (popisuje sa podľa štandardov, kóduje sa všetkými tromi kódmi, ak sú zistiteľné):	
	Klinicko-genetický syndróm (dá sa niekedy klasifikovať všetkými tromi kódovacími systémami):	
	Klasifikácia diagnózy, DNA vyšetrenie	
	Diagnóza podľa MKCH - 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Uved' inú diagnózu, ak nebola vo výbere MKCH: <input type="text"/>
ORPHA kód <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Diagnóza podľa McKusicka ( OMIM) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Karyotyp (symbol) <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"/>		
<u>Výsledok DNA analýzy :</u>		
DNA odobratá:	<input type="text"/>	
1 - áno		
2 - nie		
9 - neznámy/neudany <input type="checkbox"/>		
Doplňme informácií o pacientovi/probandovi		
Podpis lekára:		