

HLÁSENIE O PACIENTOVI S NEUROMUSKULÁRNOU CHOROBOU

rok 2017

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"/>
	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"/>
Názov zariadenia: <input type="text"/> Príezvisko a meno lekára vyplňujúceho hlásenie: <input type="text"/>	
Identifikačné údaje pacienta	Meno: <input type="text"/> Príezvisko: <input type="text"/> Pohlavie: (dopočitány údaj) <input type="checkbox"/> Vek: <input type="text"/> (dopočitány údaj): <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"/> Dátum narodenia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dopočitány údaj): <input type="text"/>
	Trvalé bydlisko (ul.,č.): <input type="text"/> Obec: <input type="text"/>
Klinické príznaky, stanovenie diagnózy	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"/> Stanovenie diagnózy: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Iné zvažované priradené choroby: <input type="text"/>
	Poznámka: <input type="text"/>
Špecifická diagnóza	Diagnóza: výber z ponuky
	1 - Bulbospinálna amyotrofia (M.Kennedy) - G12.2
	2 - Familiárna amyloidná polyneuropatia - G60.8
	3 - Akútna polyradikuloneuritída GBS - G61.0
4 - Chronická inflamatórna demyelinizačná polyneuropatia - G61.8a	
5 - Multifokálna motorická neuropatia - G61.8b	
6 - Myasténia gravis - G70.0	
7 - Facioskapulohumerálna muskulárna dystrofia - G71.0	
8 - Myotonická dystrofia MD1 a MD2 - G71.1a	
9 - Kongenitálna paramyotómia Eulenburg - G71.1b	
10 - Periodické paralýzy - G72.3	
11 - Pompeho choroba - G73.6	
12 - Polymyozitída - M33.2	
13 - Dermatomyozitída - M33.9	
14 - Inclusion body myositis - M60	
iná dg (uveď): <input type="text"/>	
- podľa OMIM (vyplní NCZI): <input type="text"/>	
- podľa ORPHA (vyplní NCZI): <input type="text"/>	
Metodika určenia diagnózy	Metodika určenia diagnózy:
	DNA diagnostika <input type="checkbox"/> svalová biopsia <input type="checkbox"/> autoprotilátky proti špecifickým antigénom <input type="checkbox"/> EMG diagnostika <input type="checkbox"/> vyšetrenie CSL <input type="checkbox"/> enzymologická diagnostika <input type="checkbox"/> iné (vypíši) <input type="text"/>
Liečba	Liečba:
	kortikoterapia <input type="checkbox"/> IVIg <input type="checkbox"/> enzymatická substitučná liečba <input type="checkbox"/> imunosupresívna liečba - preparát <input type="checkbox"/> tymektómia <input type="checkbox"/> iná liečba <input type="text"/> plazmaferéza <input type="checkbox"/> monoklónová protilátka <input type="checkbox"/>
Charakteristika klinického stavu, dĺžka liečby	Charakteristika klinického stavu, dĺžka liečby
	A. Novodiagnostikovaný pacient (v roku hlásenia) <input type="checkbox"/>
	Klin. stav pacienta pri nastavení na liečbu (opis podľa uváženia: napr. typický klin. priebeh, s prevahou postih. x...): <input type="text"/>
	B. Dispenzarizovaný pacient dg. stanovená pred rokom hlásenia) <input type="checkbox"/>
	Stav pacienta pri kontrolách:
	- po 1 roku liečby: 1 - bez zmien 2 - zlepšený 3 - zhoršený <input type="checkbox"/>
Ak 2, 3 možné upresniť: <input type="text"/>	
Boľa potrebná zmena v liečbe? 1 - áno 2 - čiastočne 3 - nie <input type="checkbox"/>	
- po viac ako 1 ročnej liečbe: 1 - bez zmien 2 - zlepšený 3 - zhoršený <input type="checkbox"/>	
Ak 2, 3 možné upresniť: <input type="text"/>	
Boľa potrebná zmena v liečbe? 1 - áno 2 - čiastočne 3 - nie <input type="checkbox"/>	
Celkové trvanie liečby (roky, ev. mesiace, uveď): <input type="text"/>	
Poznámka lekára k údajom pacienta/ alebo pre NCZI:	