

HLÁSENIE O PACIENTOVI S ÚRAZOM VYŽADUJÚCIM POSKYTNUTIE ÚSTAVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI – DETI ROK 2017

Identifikačné údaje zariadenia	Rok spracovania: <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Mesiac spracovania: <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	IČO (8 znakov): <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Kód PZS: <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
Identifikačné údaje pacienta	Názov zariadenia: <input style="width: 90%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
	Meno a priezvisko lekára vyplňujúceho hlásenie: <input style="width: 90%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
Identifikačné údaje pacienta	Meno: <input style="width: 80%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Priezvisko: <input style="width: 80%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	Pohlavie: (automaticky dopočítaná položka) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Vek: (automaticky dopočítaná položka) <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
Údaje o hospitalizácii, špecifikácia úrazu, vyšetrenia, liečba	Rodné číslo: <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Dátum narodenia: (automaticky dopočítaná položka) <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo): <input style="width: 80%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Trvalé bydlisko (obec): <input style="width: 80%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
Údaje o hospitalizácii, špecifikácia úrazu, vyšetrenia, liečba	Dátum úrazu: <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <small>deň mesiac rok</small> Čas : <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <small>hodina minúta</small>		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: 80%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	Dátum hospitalizácie: <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <small>deň mesiac rok</small> Čas : <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <small>hodina minúta</small>		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: 80%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
Údaje o hospitalizácii, špecifikácia úrazu, vyšetrenia, liečba	Aktivita, pri ktorej úraz vznikol (stručný popis): <input style="width: 90%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Spôsob úrazu: 1 - pád na ľade, 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 9 - vystavenie účinkom neživ. mech. síl 10 - vystavenie účinkom živých mech. síl	
	Miesto úrazu (možné kombinácie): doma <input type="checkbox"/> vonku <input type="checkbox"/> škola, škôlka <input type="checkbox"/> šport <input type="checkbox"/> dopravný úraz <input type="checkbox"/> Ak iné, uveď: <input style="width: 80%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Prítomnosť návykovej látky: <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> drogy <input type="checkbox"/> sedatíva <input type="checkbox"/> neidentifik. látka <input type="checkbox"/> nejaví známky užívania návykovej látky	
Údaje o hospitalizácii, špecifikácia úrazu, vyšetrenia, liečba	Typ úrazu (uviesť aj kombinácie): <input type="checkbox"/> bodná rana <input type="checkbox"/> strelná rana <input type="checkbox"/> sečná rana <input type="checkbox"/> pomliaždenie <input type="checkbox"/> vyvrtnutie, podvrtnutie <input type="checkbox"/> zlomenina <input type="checkbox"/> poleptanie, popálenie <input type="checkbox"/> omrzliny Ak iný, uveď: <input style="width: 80%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Lokalizácia úrazu (uviesť aj viac lokalít): <input type="checkbox"/> hlava <input type="checkbox"/> krk <input type="checkbox"/> hrudník <input type="checkbox"/> končatiny <input type="checkbox"/> vnútorné orgány <input type="checkbox"/> pohlavné orgány <input type="checkbox"/> polytrauma <input type="checkbox"/>	
	Spôsob ošetrovania, liečba: <input type="checkbox"/> medikamentózna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> s použitím chir. pomôcok (dlaha, sádra..) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> operačný výkon <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> iný výkon / ošetrenie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rehabilitácia <input type="checkbox"/>		Spôsob ošetrovania, liečba: <input type="checkbox"/> medikamentózna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> s použitím chir. pomôcok (dlaha, sádra..) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> operačný výkon <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> iný výkon / ošetrenie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rehabilitácia <input type="checkbox"/>	
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: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <small>deň mesiac rok</small>	
	Diagnóza podľa MKCH (dg. S-T) pri prepustení / vyplní lekár: <input style="width: 80%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Mechanizmus úrazu podľa MKCH (vyplní NCZI): <input style="width: 80%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
Poznámky	Doplňujúce informácie: <input style="width: 90%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>			