

HLÁSENIE O PACIENTOVI S CIEVNOU MOZGOVOU PRÍHODOU

rok 2017

Identifikačné údaje 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"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Mesiac 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"/>		Dátum vyplnenia hlásenia: <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"/> <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"/>	
	Názov zariadenia: <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			Priezvisko, meno, titul lekára: <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Identifikačné údaje pacienta	IČO PZS: <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"/> <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"/>		Kód PZS: <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"/> <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"/>			
	Meno: <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Priezvisko: <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Pohlavie: (dopočítaný údaj) <input type="checkbox"/>	
Dátum narodenia: <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"/> <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"/>		Rodné číslo: <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"/> <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"/>		Vek: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Trvalé bydlisko (ulica, č.d.): <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Obec: <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
PRVÉ KLINICKE PRÍZNAKY / TRANSPORT						
Prvé klinické príznaky (skontrolujte si údaje): <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"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <i>deň mesiac rok hodina / minúta</i>			Transport: Typ: 1 - primárny (priamo z terénu) <input type="checkbox"/> Spôsob transportu: 2 - sekundárny (odp. z ambulancie toho istého/ iného zdr. zariadenia) <input type="checkbox"/> 1 - RZP/RLP 3 - sekundárny (preklad z oddelenia toho istého / iného zdr. zariadenia) <input type="checkbox"/> 2 - Iný (akýkoľvek) alebo bez transportu 4 - bez transportu (vznik CMP počas hospitalizácie v tom istom zdr. zariadení) <input type="checkbox"/> 3 - údaj sa nedá zistiť 5 - údaj sa nedá zistiť <input type="checkbox"/>			
PRIJEM DO NEMOCNICE / STAV PRI PRIJATÍ						
Na centrálny príjem (CP) pre cievn.mozg.prihodu (CMP): 1- áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> Ak áno, uveď dátum a čas príjmu na CP <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"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
Priamy príjem na odd., ktoré hlási CMP (bez CP): 1- áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> Ak áno, uveď dátum a čas príjmu na oddelení, ktoré hlási <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"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
Na odd., ktoré hlási CMP, ktorá u pacienta vznikla: a) pred hospitalizáciou (údaj o CP alebo príjem z prekladu) 1- áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> Ak áno, uveď dátum a čas príjmu na oddelení, ktoré hlási <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"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
b) počas hospitalizácie pre inú diagnózu (v rámci tej istej nemocnice) 1- áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> Ak áno, uveď dátum a čas príjmu na oddelení, ktoré hlási <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"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
Preklad z iného odd. tej istej nemocnice/z inej nemocnice na odd., ktoré hlási (netýka sa vzniku CMP počas hospitalizácie) 1- áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> Ak áno, uveď dátum a čas príjmu pri prech. hospitalizácii <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"/> <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"/>						
Klinické príznaky pri prijatí: 1- kmeňové <input type="checkbox"/> 2- hemisferické <input type="checkbox"/> 3- lakunárne <input type="checkbox"/>		Porucha vedomia: 1- áno <input type="checkbox"/> 2- nie <input type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> ▶ NIHSS skóre <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> ▶ mRankin skóre (1-6) <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		TK pri prijatí: 1- meraný TK <input type="checkbox"/> 2- nameraný TK <input type="checkbox"/> 3- nameraný TK <input type="checkbox"/>		
				Hodnota TK: systolický tlak <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"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> diastolický tlak <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"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
OSOBNÁ ANAMNEZA						
Sledované chorobné stavy: stav po TIA 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> stav po hemoragickej CMP 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> stav po ischemickej CMP 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> stav po infarkte myokardu 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> diabetes mellitus - OAD 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> diabetes mellitus - inzulín 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> fibrilácia predsieni 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> iná porucha srdcového rytmu 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> arteriálna hypertenzia 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> Ide o liečenú arter. hypertenziu? 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> iné závažné ochorenia (uveď): <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Medikácia: Antihypertenzíva <input type="checkbox"/> Antikoagulanciá betablokátor 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> 1- warfarín <input type="checkbox"/> 4- apixaban <input type="checkbox"/> diuretiká 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> 2- dabigatran <input type="checkbox"/> 5- iné <input type="checkbox"/> kalciové antagonisty 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> 3- rivaroxaban <input type="checkbox"/> 6- žiadne <input type="checkbox"/> ACE inhibitory 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> Ak iné, vypíš: <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> sartany 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> iné antihypertenzíva <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Antiagreganciá Iné lieky aspirín 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> hypolipemiká-statíny 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> clopidogrel 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> orálne kontraceptíva 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> iné antiagreganciá <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Rizikové faktory životného štýlu Fajčenie: 3 - exfajčiar <input type="checkbox"/> 6 - nefajčiar (nikdy nefajčil) <input type="checkbox"/> 8 - súčasné fajčenie - nie viac ako 5 rokov <input type="checkbox"/> 9 - súčasné fajčenie - viac ako 5 rokov <input type="checkbox"/> (číslo k fajčeniu zohľadňujú ich poradie vo vs. číselníku o fajčení) Alkohol: alkohol (denne 60g a viac) 1-áno <input type="checkbox"/> 2- nie <input type="checkbox"/> 9- neznáme <input type="checkbox"/> Nadváha alebo obezita: 1-áno <input type="checkbox"/> 2- nie <input type="checkbox"/> Iný RF (uveď): <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
RODINNÁ ANAMNEZA (iba rodičia a súrodenci)						
CMP 1-áno <input type="checkbox"/> 2- nie <input type="checkbox"/> 9- údaj neznámy <input type="checkbox"/>		Hypertenzia 1-áno <input type="checkbox"/> 2- nie <input type="checkbox"/> 9- údaj neznámy <input type="checkbox"/>		Infarkt myokardu 1-áno <input type="checkbox"/> 2- nie <input type="checkbox"/> 9- údaj neznámy <input type="checkbox"/>		
VÝŠETRENIA						
CT vyšetrenie: 1-áno <input type="checkbox"/> 2- nie <input type="checkbox"/>		Dátum a čas: <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"/> <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"/>				
Dvsfágia vyšetrená: 1- do 24 hodín <input type="checkbox"/> 2- po 24 hodinách <input type="checkbox"/> 3- nevyšetrená <input type="checkbox"/>		Vyšetrenie karotíd do 7 dní od prijatia: 1-áno <input type="checkbox"/> 2- nie <input type="checkbox"/>				
LIEČBA						
Začiatok liečby pacienta: Dátum a čas (čas môže byť identický s podaním trombolytickej liečby) <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"/> <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"/>		Poznámka: <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
Neinvazívna liečba: Trombolytická liečba 1 - na odd., ktoré hlási <input type="checkbox"/> Pri uvedení možnosti 1 alebo 2, uveď dátum a čas <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"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 2 - na predchádzajúcom odd. <input type="checkbox"/> <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"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 3 - nepodaná <input type="checkbox"/> <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"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>						
Heparín LMW 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> Heparín antikoagulanciá 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> Orálne antikoagulanciá 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> Cerebrolyzín 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> Manitol 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>		Antidepresíva 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> Antibiotiká 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> Kortikoidy 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> Nootropiká 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> MgSO ₄ 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> Iné (vypísať) <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Invazívna liečba: Endovaskulárny výkon 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> ak áno, uveď dátum a čas <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"/> <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"/> Chirurgický výkon 1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>		

KONEČNÁ KLINICKÁ DIAGNÓZA - typ CMP	
Konečná diagnóza	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p>1. Hemoragická</p> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> • subarachnoidálna (I60.0 - I60.9) <input type="checkbox"/> • intracerebrálna (I61.0-I61.9) <input type="checkbox"/> • iné neúrazové (I62.00-I62.09) <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 30%;"> <p>2. Ischemická</p> <ul style="list-style-type: none"> • TIA (G45.02 - G45.99) <input type="checkbox"/> • LIM (I63.0-I63.9),(G46.0-G46.8) <input type="checkbox"/> <p style="font-size: small;">Klinický</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>1 -reverzibilná 3 -progredujúca</p> <p>2 -ukončená 4 -iná</p> <p style="text-align: right;">iná (vypíši) _____</p> </div> </div> <div style="width: 30%;"> <p>3. Nešpecifikovaná (I64) <input type="checkbox"/></p> </div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div style="width: 30%;"> <p style="text-align: center;">I 6 0</p> <p style="text-align: center;">I 6 1</p> <p style="text-align: center;">I 6 2</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p style="text-align: center;">G 4 5</p> <p style="text-align: center;">I 6 3</p> <p style="text-align: center;">Topografia LIM: G 4 6</p> </div> <div style="width: 30%;"></div> </div>
ETIOPATOGENÉZA	
Etiopatogenéza	<p>Hemoragická CMP:</p> <p>1 - spontánna 4 - hemorágia do isch.ložiska 7 - z nezisteného zdroja</p> <p>2 - z aneuryzmy 5 - z AV malformácie 8 - iné: <input type="checkbox"/></p> <p>3 - hemorágia do tumoru 6 - vaskulitída Ak iná hemor.CMP, vypíši: _____</p>
	<p>Ischemická CMP (platí len pre LIM):</p> <p>1- kardioembolická 2- aterotrombotická 3- lakunárna</p> <p>4- kryptogénna 5-iná <input type="checkbox"/></p> <p>Ak iná ischemická CMP, vypíši: _____</p>
UKONČENIE HOSPITALIZÁCIE	
Ukončenie hospitalizácie	<p>Dátum a čas ukončenia hospitalizácie: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">deň mesiac rok hodina minúta</p>
	<p>Bola hospitalizácia pacienta na Vašom oddelení dlhšia ako 40 dní? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">1-áno 2-nie</p>
	<p>Spôsob ukončenia hospitalizácie: <input type="checkbox"/></p> <p>1- Prepustenie domov</p> <p>2- Prepustenie mimo domáceho prostredia</p> <p>3- Preklad - iné odd. / zdr. zariadenie ▶ Ak preklad, kde: 1-rehabilitačné odd. 2-doliečovacie odd. 3-iné akútne odd. <input type="checkbox"/></p> <p>4- Exitus ▶ Ak exitus, čas exitu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">hodina minúta</p> <p>▶ Príčina exitu:</p> <p>1- Kompresia mozg.kmeňa (G93.5) 4- Edém mozgu (G93.6)</p> <p>2- Pľúcna embólia (I26.0, I26.9) 5- Akútny infarkt myokardu (I21.0-I22.9)</p> <p>3- Nutrič. a metab. poruchy (E90) 6- Iná príčina <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">Ak iná, vypíši: _____</p>
	<p>Zhodnotenie klinického stavu: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NIHSS skóre <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>mRankin skóre (od 1-6) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Chôdza 10m bez pomoci pri prepustení: <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">1-áno 2-nie</p>
Časové intervaly	<p>Odporúčaná liečba pri prepustení pacienta</p> <p>Ide o pacienta s fibriláciou predsieni? 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Antiagregácia</p> <p>▶ ASA 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ Clopidogrel 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Antikoagulácia</p> <p>▶ Warfarín 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ Dabigatran 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ Rivaroxaban 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ Apixaban 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ heparín LMW 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ heparín antikoagulácia 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ iné (vypíši) _____</p> <p>Iná liečba</p> <p>▶ statín 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ nootropiká 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ antidepresíva 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Poznámky na doplnenie, ev. upresnenie liečby: _____</p>
	<p style="text-align: center;">Časové intervaly (nevyplňovať - dopočíta sa automaticky)</p> <p>čas A (klinické príznaky/CP) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minút</p> <p>čas B (klinické príznaky/priamo na oddelenie) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minút</p> <p>čas C (klinické príznaky/CT) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minút</p> <p>čas D (klinické príznaky/začiatok liečby) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minút</p> <p>čas E (CP/oddelenie) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minút</p> <p>čas F (CP/začiatok liečby) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minút</p> <p>čas G (priamo na oddelenie/začiatok liečby) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minút</p>
Poznámky	
Poznámky	