

HLÁSENIE O PACIENTOVI S TUBERKULÓZOU ROK 2019

Identifikačné údaje zariadenia	Rok spracovania: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Mesiac spracovania: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> ID pacienta: T B - 2 0 1 9 - <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																
	IČO PZS: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Kód PZS: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																
	Názov zariadenia: <input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/> (doplní sa automaticky)																
	Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>																
Identifikačné údaje pacienta	Dátum vyplnenia základného hlásenia: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> deň mesiac rok </div> Kód hlásiaceho oddelenia - SJ 1: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																
	Dátum vyplnenia (kontrolného) hlásenia o výsledku liečby: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> deň mesiac rok </div> Kód hlásiaceho oddelenia - SJ 2: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																
Typ hlásenia	Meno: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Priezvisko: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Rodné priezvisko: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>																
	Pohlavie: (automaticky dopočítaná položka) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vek: (automaticky dopočítaná položka) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> deň mesiac rok </div>																
	Rodné číslo: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Dátum narodenia: (aut. dopočítaná položka) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo): <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Trvalé bydlisko (obec): <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> (výber)																
	Národnosť: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> (výber)																
	Štátna príslušnosť: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> (výber)																
Špecifikácia ochorenia	Krajina pôvodu: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> (výber)																
	Ekonomická aktivita: 0 - dieťa/žiak/študent 1 - pravidelne zamestnaný 2 - príležitostne zamestnaný 3 - nezamestnaný 4 - dôchodca-invalidný 5 - dôchodca -starobný 6 - žiadny, závislá od inej osoby 7 - iný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>																
Špecifikácia TBC, lokalizácia ochorenia	Typ hlásenia: 1 - Novozistený prípad 2 - Recidíva 3 - Po zlyhaní liečby 4 - Po prerušení liečby 5 - Chronik <input type="checkbox"/>																
	Špecifikácia TBC podľa MKCH-10: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> (výber)																
	Špecifikácia TBC podľa MKCH-10: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> (výber)																
	Hlavné miesto ochorenia (uviesť iba jedno podľa závažnosti, ak ide aj o pľúcnu formu, uviesť ju ako hlavné miesto): <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>1 - pľúca</td> <td>5 - kosti, kĺby - chrbtica</td> <td>9 - močové ústrojenstvo</td> <td>13 - peritoneum, tráviaci trakt</td> </tr> <tr> <td>2 - pleura</td> <td>6 - kosti, kĺby mimo chrbtice</td> <td>10 - pohlavné ústrojenstvo</td> <td>14 - iné <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 - vnútrohruďníkové uzliny</td> <td>7 - meningy</td> <td>11 - koža</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 - mimohruďníkové uzliny</td> <td>8 - CNS</td> <td>12 - diseminované</td> <td>ak iné, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> </table>	1 - pľúca	5 - kosti, kĺby - chrbtica	9 - močové ústrojenstvo	13 - peritoneum, tráviaci trakt	2 - pleura	6 - kosti, kĺby mimo chrbtice	10 - pohlavné ústrojenstvo	14 - iné <input type="checkbox"/>	3 - vnútrohruďníkové uzliny	7 - meningy	11 - koža		4 - mimohruďníkové uzliny	8 - CNS	12 - diseminované	ak iné, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/>
1 - pľúca	5 - kosti, kĺby - chrbtica	9 - močové ústrojenstvo	13 - peritoneum, tráviaci trakt														
2 - pleura	6 - kosti, kĺby mimo chrbtice	10 - pohlavné ústrojenstvo	14 - iné <input type="checkbox"/>														
3 - vnútrohruďníkové uzliny	7 - meningy	11 - koža															
4 - mimohruďníkové uzliny	8 - CNS	12 - diseminované	ak iné, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/>														
Výsledky vyšetrení pred začatím a po ukončení liečby	Vedľajšie miesto ochorenia (ak existuje, uveďte najviac jedno): <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>1 - pľúca</td> <td>5 - kosti, kĺby - chrbtica</td> <td>9 - močové ústrojenstvo</td> <td>13 - peritoneum, tráviaci trakt</td> </tr> <tr> <td>2 - pleura</td> <td>6 - kosti, kĺby mimo chrbtice</td> <td>10 - pohlavné ústrojenstvo</td> <td>14 - iné <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 - vnútrohruďníkové uzliny</td> <td>7 - meningy</td> <td>11 - koža</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 - mimohruďníkové uzliny</td> <td>8 - CNS</td> <td>12 - diseminované</td> <td>ak iné, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> </table>	1 - pľúca	5 - kosti, kĺby - chrbtica	9 - močové ústrojenstvo	13 - peritoneum, tráviaci trakt	2 - pleura	6 - kosti, kĺby mimo chrbtice	10 - pohlavné ústrojenstvo	14 - iné <input type="checkbox"/>	3 - vnútrohruďníkové uzliny	7 - meningy	11 - koža		4 - mimohruďníkové uzliny	8 - CNS	12 - diseminované	ak iné, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/>
	1 - pľúca	5 - kosti, kĺby - chrbtica	9 - močové ústrojenstvo	13 - peritoneum, tráviaci trakt													
	2 - pleura	6 - kosti, kĺby mimo chrbtice	10 - pohlavné ústrojenstvo	14 - iné <input type="checkbox"/>													
	3 - vnútrohruďníkové uzliny	7 - meningy	11 - koža														
4 - mimohruďníkové uzliny	8 - CNS	12 - diseminované	ak iné, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/>														
I. Výsledky bakteriologických vyšetrení																	
<i>Pred začatím liečby:</i>	<i>Po ukončení liečby:</i>																
Mikroskopicky: 1-pozitívne 2-negatívne 9-neznámy <input type="checkbox"/>	Mikroskopicky: 1-pozitívne 2-negatívne 9-neznámy <input type="checkbox"/>																
Kultivačne: 1-pozitívne 2-negatívne 9-neznámy <input type="checkbox"/>	Kultivačne: 1-pozitívne 2-negatívne 9-neznámy <input type="checkbox"/>																
Molekulárno-biologicky: 1-pozitívne 2-negatívne 9-neznámy <input type="checkbox"/>	Molekulárno-biologicky: 1-pozitívne 2-negatívne 9-neznámy <input type="checkbox"/>																
Histologicky: 1-pozitívne 2-negatívne 9-neznámy <input type="checkbox"/>	Histologicky: 1-pozitívne 2-negatívne 9-neznámy <input type="checkbox"/>																
Dátum prvej pozitivity: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> deň mesiac rok </div>	Dátum poslednej pozitivity: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> deň mesiac rok </div>																
 Pozitívny materiál 																	
<i>Pred začatím liečby:</i>	<i>Po ukončení liečby:</i>																
1 - spútum <input type="radio"/>	1 - spútum <input type="radio"/>																
2 - laryngeálny výmaz <input type="radio"/>	2 - laryngeálny výmaz <input type="radio"/>																
3 - bronchiálny sekrét (BAL) <input type="radio"/>	3 - bronchiálny sekrét (BAL) <input type="radio"/>																
4 - moč <input type="radio"/>	4 - moč <input type="radio"/>																
5 - hnis <input type="radio"/>	5 - hnis <input type="radio"/>																
6 - pleurálny punktát <input type="radio"/>	6 - pleurálny punktát <input type="radio"/>																
7 - likvor <input type="radio"/>	7 - likvor <input type="radio"/>																
8 - menštruačná krv <input type="radio"/>	8 - menštruačná krv <input type="radio"/>																
9 - periférna lymfatická uzlina <input type="radio"/>	9 - periférna lymfatická uzlina <input type="radio"/>																
10 - iný materiál <input style="width: 100px;" type="text"/>	10 - iný materiál <input style="width: 100px;" type="text"/>																
Typ mykobaktérií: 1 - M. tuberculosis 3 - M. avium 5 - M. xenopi 7 - iné <input type="checkbox"/> 2 - M. bovis 4 - M. kansasii 6 - neznáme ak iné, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/>																	

		II. Iné cieleňé vyšetrenia									
		Citlivosť na antituberkulotické lieky									
Výsledky vyšetrení pred začatím, počas a po ukončení liečby		Pred začatím liečby:					Počas liečby:				
		Výsledky vyšetrení pred začatím, počas a po ukončení liečby	INH - Isoniazid	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	INH - Isoniazid	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy
RIF - Rifampicín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	RIF - Rifampicín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
PZA - Pyrazinamid	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	PZA - Pyrazinamid	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
EMB - Etambutol	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	EMB - Etambutol	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
STM - Streptomycín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	STM - Streptomycín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Kanamycín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Kanamycín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Amikacín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Amikacín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Cykloserín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Cykloserín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Etionamid	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Etionamid	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Viomycín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Viomycín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Kapreomycín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Kapreomycín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Levofloxacín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Levofloxacín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Moxifloxacín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Moxifloxacín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Ofloxacín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Ofloxacín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Ciprofloxacín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Ciprofloxacín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Kyselina paraaminosalicylová	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Kyselina paraaminosalicylová	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Bedaquilin	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Bedaquilin	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>		
Delamanid	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Delamanid	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>		
Laboratórium, sídlo: <input type="text"/>					Laboratórium, sídlo: <input type="text"/>						
RTG vyšetrenie/obraz: <u>Pred začatím liečby:</u>					RTG vyšetrenie/obraz: <u>Po ukončení liečby:</u>						
1 - s nálezom 2 - bez nálezu 3 - nevyšetrené <input type="checkbox"/>					1 - zlepšený 2 - nezmenený 3 - zhoršený 4 - neznámy <input type="checkbox"/>						
Osobná anamnéza (vybrané údaje)		Osobná anamnéza I. - minulosť									
		Očkovanie proti TBC: 1 - očkovaný 2 - neočkovaný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>					Ak očkovaný, uveď rok: <input type="text"/>				
Osobná anamnéza (vybrané údaje)		Posledný test Mantoux II pred liečbou: 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>					ak áno, uveď rok: <input type="text"/> a výsledok (mm): <input type="text"/>				
		Pacient už mal v minulosti tuberkulózu? 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/>					Ak áno, uveď rok: <input type="text"/>				
		Ak áno, bola vtedy liečená antituberkulotikami? 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/>									
		Ak áno, trvala liečba viac ako 4 týždne? 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/>									
		Ak áno, aký bol výsledok liečby? 1 - vyliečený 2 - liečba ukončená 3 - zlyhanie liečby 4 - prerušenie liečby 9 - neznáme <input type="checkbox"/>									
Osobná anamnéza (vybrané údaje)		Osobná anamnéza II. - súčasnosť									
		Spôsob zistenia tuberkulózy: 1 - vyšetrenie pre obťaženie 2 - kontrola evidovaných 3 - vyšetrenie kontaktov 4 - prevencia					5 - pitva 6 - iný spôsob 7 - neznáme <input type="checkbox"/>				
Osobná anamnéza (vybrané údaje)		<u>Trvanie ťažkostí pred prvým podozrením na tuberkulózu:</u>									
		1 - neboli 2 - do 1 mesiaca 3 - do 3 mesiacov 4 - viac ako 3 mesiace 9 - neznáme <input type="checkbox"/>									
		<u>Hospitalizácia pre TBC:</u> 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>					Ak áno, dátum: od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> deň mesiac rok do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> deň mesiac rok				
		<u>HIV status:</u> 1 - HIV negatívita 2 - HIV pozitívita 9 - neznáme <input type="checkbox"/>									
		<u>Pridružené choroby (uveďte najviac tri):</u> diabetes mellitus <input type="radio"/> zhubný nádor <input type="radio"/> neznáme <input type="radio"/>					duševná choroba <input type="radio"/> iné <input type="radio"/>				
Začínok liečby		<u>Pridružené iné podmienky:</u> alkoholik <input type="radio"/> toxikománia <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> liečba steroidmi <input type="radio"/> iné <input type="radio"/>									
		(uveďte najviac tri) bezdomovec <input type="radio"/> žije v DSS <input type="radio"/> žije v rómskej osade <input type="radio"/>					<input type="text"/>				
Začínok liečby		<u>Liečba TBC:</u> 1 - nebola začatá 2 - začatá ambulantne 3 - začatá počas hospitalizácie 4 - neznáme 5 - úmrtie <input type="checkbox"/>									

		Liečenie antituberkulotikami																
		<i>Iniciálna fáza:</i>						<i>Pokračujúca fáza:</i>										
		1 - denne		2 - dvakrát týždenne		3 - trikrát týždenne		1 - denne		2 - dvakrát týždenne		3 - trikrát týždenne						
Priebeh liečby	Frekvencia liečby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	INH - Isoniazid	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	INH - Isoniazid	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	RIF - Rifampicín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RIF - Rifampicín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	PZA - Pyrazínamid	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PZA - Pyrazínamid	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	EMB - Etambutol	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EMB - Etambutol	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	STM - Streptomycín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	STM - Streptomycín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kanamycín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kanamycín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Amikacín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Amikacín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Cykloserín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cykloserín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Etionamid	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Etionamid	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Viomycín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Viomycín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kapreomycín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kapreomycín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Levofloxacín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Levofloxacín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Moxifloxacín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Moxifloxacín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ofloxacín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ofloxacín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciprofloxacín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ciprofloxacín	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kyselina paraaminosalicylová	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kyselina paraaminosalicylová	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bedaquilin	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bedaquilin	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Delamanid	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Delamanid	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		Komplikácie liečenia antituberkulotikami (uved'te všetky):																
		žiadne	<input type="radio"/>	GIT	<input type="radio"/>	očné	<input type="radio"/>	renálne	<input type="radio"/>	iné	<input type="text"/>							
		pečeňové	<input type="radio"/>	alergické	<input type="radio"/>	neurologické	<input type="radio"/>	nespolupráca	<input type="radio"/>	<input type="text"/>								
		Klinický obraz:	1 - zlepšený	2 - nezmenený	3 - zhoršený	4 - zomrel	5 - neznáme	<input type="checkbox"/>										
		Vyhodnotenie liečby:	1 - vyliečený	2 - ukončená liečba	3 - úmrtie	4 - zlyhanie liečby	5 - prerušenie liečby	<input type="checkbox"/>										
		6 - stále liečený	7 - presťahovaný	8 - neznáme údaje	<input type="checkbox"/>													
		Chýbajú údaje o pacientovi, lebo:	1 - odsťahoval sa na neznámu adresu	2 - odsťahoval sa mimo SR	<input type="checkbox"/>													
		3 - úmrtie	4 - neznáme	<input type="checkbox"/>														
Úmrtie	Ak pacient zomrel:	dátum úmrtia	<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"/>	<input type="text"/>					
			deň	mesiac	rok													
Poznámky	Príčina smrti:	1 - tuberkulóza	2 - iné	3 - neznáma	<input type="checkbox"/>	ak iná, uveď:	<input type="text"/>											
	Doplňujúce informácie:	<input type="text"/>																