

HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZHUBNÝM NÁDOROM HISTOPATOLOGICKÁ / CYTOLOGICKÁ VERIFIKÁCIA CHOROBY PATOLÓGOM

ROK 2020

Hlásenie podávajú (exportujú) patologické pracoviská

* = povinný údaj

0 Identifikácia hlásenia a patologického pracoviska

Rok spracovania:	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	Mesiac spracovania:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
IČO (8 znakov):	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Kód PZS (12 znakov):	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Názov zariadenia:	<input type="text"/>		
Dátum expedovania údajov:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		

1 Identifikácia indikujúceho pracoviska - žiadateľa vyšetrenia

IČO (8 znakov):	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Kód PZS (12 znakov):	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Oddelenie / ambulancia (názov):	<input type="text"/>		
uveďte v prípade, ak nie sú známe údaje IČO alebo Kód PZS indikujúceho pracoviska			
Ziadateľ vyšetrenia (meno a priezvisko lekára):	<input type="text"/>		

2 Identifikačné údaje pacienta

Meno:	<input type="text"/>	Rodné číslo:	<input type="text"/>
Priezvisko:	<input type="text"/>	Trvalé bydlisko (obec):	<input type="text"/>

3 Vybrané údaje o vzorke, výsledok vyšetrenia histopatológom

Diagnóza/diagnózy pacienta podľa žiadajúceho lekára: (výber z MKCH-10)	1.	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	2.	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	3.	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Dátum odberu/príjmu vzorky:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>					

Výsledok - nález (popis):

Záver patológa

Diagnóza/diagnózy podľa MKCH-10:	1.	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	2.	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	3.	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
TNM – klasifikácia:	SNOMED-T / Topografická diagnóza:					
T _____ pT _____						
N _____ pN _____						
M _____ pM _____	SNOMED-M / Morfológická/histologická diagnóza (podľa ICD-O3): <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>					
Stupeň diferenciácie (grading):	<input type="text"/>					

4 Poznámky histopatológa:

Odoslané:

Pečiatka, podpis:
