

HLÁSENIE O PACIENTOVI S CIEVNOU MOZGOVOU PRÍHODOU

rok 2020

Identifikačné údaje zariadenia	Rok spracovania: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Mesiac spracovania: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	Názov zariadenia (dopočítaný údaj): <input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/>			
	Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/>			
	IČO PZS: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>			
Kód PZS: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>				
Dátum vyplnenia hlásenia (uvádzajte dátum do 31.12. za hlásený rok) <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>				
Identifikačné údaje pacienta	Meno: <input style="width: 80%; border: 1px solid black;" type="text"/>		Priezvisko: <input style="width: 80%; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	Dátum narodenia: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>		Rodné číslo: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>	
	Trvalé bydlisko (ulica, č.d.): <input style="width: 80%; border: 1px solid black;" type="text"/>		Obec: <input style="width: 80%; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	Pohlavie: (dopočítaný údaj) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Vek: (dopočítaný údaj) <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>	
Príjem do nemocnice a stav pri prijatí	PACIENT NAPOSLEDY VIDENÝ ZDRAVÝ / TRANSPORT			
	Pacient naposledy videný zdravý (dátum): <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>		Pacient naposledy videný zdravý (čas): <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>	
	deň mesiac rok		známy čas (HH:MM): hodina / minúta	
	čas neznámy <input type="checkbox"/>			
	Transport:		Spôsob transportu:	
	Typ:		1 - RZP/RLP	
	1 - primárny (priamo z terénu)		2 - Iný (akýkoľvek) alebo bez transportu	
	2 - sekundárny (z ambulancie: A - tej istej nemocnice/ B - z inej ambulancie)		3 - údaj neznámy	
	3 - sekundárny (preklad: A - z oddelenia tej istej nemocnice/ B - inej nemocnice)			
	4 - bez transportu (vznik CMP počas hospitalizácie v tej istej nemocnici)			
5 - údaj sa nedá zistiť <input type="checkbox"/>				
Ak typ transportu 2 alebo 3, špecifikuj A alebo B <input style="width: 80%; border: 1px solid black;" type="text"/>				
PRÍJEM DO NEMOCNICE A PREKLAD / STAV PRI PRIJATÍ				
Dátum a čas odovzdania pacienta lekárovi nemocnice, ktorá hlási (pri primárnom transporte - "door" nemocnice): <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>		Ak preklad (medzi nemocnicami): Dátum a čas odchodu sanitky z 1. nemocnice na vyššie pracovisko (sekundárny transport): <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>		
deň mesiac rok hodina / minúta		deň mesiac rok hodina / minúta		
Bol pacient v akútnom štádiu hospitalizovaný na JIS alebo inom akútnom odd.(napr.ARO)?		Ak preklad (medzi nemocnicami): Dátum a čas prevzatia pacienta lekárom intervenčnej radiológie na vyššom pracovisku (v 2. nemocnici): <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>		
Poznámky: <input style="width: 80%; border: 1px solid black;" type="text"/>		deň mesiac rok hodina / minúta		
1 - áno, v nemocnici, ktorá CMP hlási				
2 - áno, v inej nemocnici				
3 - nie				
Klinické príznaky pri prijatí:	Porucha vedomia:	TK pri prijatí:	Hodnota TK:	
1 - kmeňové <input type="checkbox"/>	1 - áno <input type="checkbox"/>	1 - meraný TK <input type="checkbox"/>	systolický tlak <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>	
2 - hemisferické <input type="checkbox"/>	2 - nie <input type="checkbox"/>	2 - nemerateľný TK <input type="checkbox"/>	diastolický tlak <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>	
3 - lakunárne <input type="checkbox"/>	▶ NIHSS skóre <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>	3 - nemeraný TK <input type="checkbox"/>		
	▶ mRankin skóre (0-6) <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>			
OSOBNÁ ANAMNÉZA				
Sledované chorobné stavy:				
stav po TIA	1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	diabetes mellitus - OAD	1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/> arteriálna hypertenzia (HT) 1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	
stav po hemoragickej CMP	1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	diabetes mellitus - inzulín	1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/> ide o liečenú HT? 1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	
stav po ischemickej CMP	1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	fibrilácia predsiení	1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/> iné závažné ochorenia (uved'): <input style="width: 80%; border: 1px solid black;" type="text"/>	
stav po infarkte myokardu	1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	iná porucha srdcového rytmu	1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	
Antikoagulancia (výber):		Antiagregácia		
1 - warfarín	1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	aspirín	1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	
2 - DOAK	1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	clopidogrel	1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	
98 - iné	1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>	iné antiagregácia:	<input style="width: 80%; border: 1px solid black;" type="text"/>	
99 - žiadne	1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>			
Ak iné, vypíš: <input style="width: 80%; border: 1px solid black;" type="text"/>		Iné lieky		
		hypolipemiká-statíny 1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>		
		orálne kontraceptíva 1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/>		
Rizikové faktory životného štýlu				
Fajčenie: (číslo k fajčeniu zohľadňujú ich poradie vo vs. Eiselniku o fajčení)				
3 - exfajčiar	6 - nefajčiar (nikdy nefajčil)	8 - súčasné fajčenie - nie viac ako 5 rokov	9 - súčasné fajčenie - viac ako 5 rokov <input type="checkbox"/>	
			X - neznáme <input type="checkbox"/>	
Alkohol: (denne 60g a viac)		1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/> 9 - neznáme <input type="checkbox"/>	Iný rizikový faktor (uved'): <input style="width: 80%; border: 1px solid black;" type="text"/>	
Nadváha alebo obezita:		1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/> 9 - neznáme <input type="checkbox"/>		
VYŠETRENIA				
Primárne rádiodiagnostické vyšetrenie:		1 - CT v nemocnici, ktorá hlási	3 - MR v nemocnici, ktorá hlási	
		2 - CT v inom zdravotníckom zariadení	4 - MR v inom zdravotníckom zariadení	
		5 - bez CT/MR <input type="checkbox"/>		
išlo o CT/MR angio? 1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/> 9 - neznámy <input type="checkbox"/>				
Ak CT/MR, uveď dátum a čas: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>				
deň mesiac rok		hodina / minúta		

VYŠETRENIA	
Výšetrenie	Výšetrenie dysfágie: 1 - iba klinické 2 - špecifická metóda 3 - nevyšetrené Pri 1. alebo 2. možnosti bolo výšetrenie dysfágie: 1 - do 24 hodín 2 - po 24 hodinách Ak bola dysfágia vyšetrená špecifickou metódou, výber z možnosti: 1 - Gugging Swallowing Screen - GUSS 3 - Acute Stroke Dysphagia Screening Tool - ASDST 2 - Water Swallow Test - WST 4 - The Toronto Bedside Swallowing Screening Test - TOR-BSST 5 - Massachusetts General Hospital, Swallow screening tool - MGH 6 - iné
	Výšetrenie karotíd do 7 dní od prijatia: 1 - áno 2 - nie
Liečba	LIÉČBA NEINVAZÍVNA liečba: Trombolytická liečba 1 - v nemocnici, ktorá CMP hlási 2 - v inej nemocnici 3 - nepodaná Pri uvedení možnosti 1 alebo 2, uveď dátum a čas: [deň] [mesiac] [rok] [hodina / minúta] Ak v inej nemocnici, výber z číselníka: [] Poznámky: [] Ak trombolytická liečba nepodaná, uveď začiatok netrombolytickej liečby (dátum, čas): [deň] [mesiac] [rok] [hodina / minúta] Antiagreganciá: Aspirín 1 - áno 2 - nie [] Iné antiagreganciá (vypíš): [] Heparín 1 - áno 2 - nie [] Cerebrolýzín 1 - áno 2 - nie [] Kortikoidy 1 - áno 2 - nie [] Heparín LMW-profylaxia VTE 1 - áno 2 - nie [] Manitol 1 - áno 2 - nie [] Nootropiká 1 - áno 2 - nie [] Orálne antikoagulanciá 1 - áno 2 - nie [] Antibiotiká 1 - áno 2 - nie [] MgSO ₄ 1 - áno 2 - nie [] Iné (vypísať) []
	INVAZÍVNA liečba: Endovaskulárny výkon: trombektómia O coiling O stent O Trombektómia 1 - vykonaná v nemocnici, ktorá hlási 3 - preklad pre plánovanú trmbektómiu v inej nemocnici 2 - vykonaná v inej nemocnici 9 - nebola vykonaná Ak je uvedená možnosť 1 alebo 2, uveď: Dátum a čas zahájenia trombektómie ("groin time"): [deň] [mesiac] [rok] [hodina / minúta] Dátum a čas rekanalizácie: [deň] [mesiac] [rok] [hodina / minúta] Stupeň rekanalizácie - TIC1 (číselník): 000 - žiadna perfúzia 010 - minimálna perfúzia, kontrastná látka preniká za miesto uzáveru, ale bez plnenia distálnych vetiev 02a - čiastočná perfúzia s inkompletným plnením distálnych vetiev (2/3 teritória danej tepny) 02b - čiastočná perfúzia so spomaleným plnením distálnych vetiev 030 - kompletná perfúzia všetkých distálnych vetiev 090 - údaj neznámy Došlo počas výkonu rekanalizácie k symptomatickému krvácaniu? 1 - áno 2 - nie []
Konečná diagnóza	KONEČNÁ KLINICKÁ DIAGNÓZA - typ CMP 1. Hemoragická 2. Ischemická 3. Nešpecifikovaná (I64) • subarachnoidálna (I60.0 - I60.9) [] [] [] [] [] [] • intracerebrálna (I61.0-I61.9) [] [] [] [] [] [] • iné neúrazové (I62.00-I62.09) [] [] [] [] [] [] • TIA (G45.02 - G45.99) [] [] [] [] [] [] • LIM (I63.0-I63.9),(G46.0-G46.8) [] [] [] [] [] [] Topografia LIM [] [] [] [] [] [] 1 - reverzibilná 3 - progredujúca 2 - ukončená 4 - iná [] iná(vypíš) []
	ETIOPATOGENÉZA Hemoragická CMP: 6 - vaskulitída 1 - spontánna 7 - z nezisteného zdroja 2 - z aneurizmu 8 - iná etiopatogenéza 3 - hemorágia do tumoru 9 - neudaná [] 4 - hemorágia do isch.ložiska Ak iná hemoragická CMP, vypíš: [] 5 - z AV malformácie
Ukončenie hospitalizácie, klinický stav a liečba pri prepustení	UKONČENIE HOSPITALIZÁCIE, KLINICKÝ STAV A LIÉČBA PRI PREPUSTENÍ Dátum a čas ukončenia hospitalizácie: [deň] [mesiac] [rok] [hodina / minúta] Bola hospitalizácia pacienta na Vašom oddelení dlhšia ako 40 dní? 1 - ano 2 - nie [] Spôsob ukončenia hospitalizácie: 1 - Prepustenie domov/do DSS ; DD 3 - Preklad - iné odd. / zdr. zariadenie 4 - Exitus ► Ak preklad, kde: 1 - rehabilitačné odd. 2 - doliečovacie odd. 3 - iné akútne odd. ► Ak exitus, čas exitu: [] [] [] [] [] [] hodina / minúta ► Príčina exitu: Ak iná, vypíš: [] 1 - Kompresia mozg.kmeňa (G93.5) 4 - Edém mozgu (G93.6) 2 - Pľúcna embólia (I26.0, I26.9) 5 - Akútny infarkt myokardu (I21.0-I22.9) 3 - Nutrič. a metab. poruchy (E90) 6 - Iná príčina
	Zhodnotenie klinického stavu: NIHSS skóre [] [] mRankin skóre (od 0 do 6) [] [] Chôdza 10 m bez pomoci pri prepustení: 1 - áno 2 - nie [] Odporúčaná liečba pri prepustení pacienta a informácia o FP (pri úmrtí pacienta sa nevyplňa): Išlo o pacienta s fibriláciou predsieni? 1 - áno 2 - nie [] Antiagreganciá ► ASA 1 - áno 2 - nie [] ► Clopidogrel 1 - áno 2 - nie [] Ak iné, vypíš [] Antikoagulanciá ► Warfarin 1 - áno 2 - nie [] ► DOAK 1 - áno 2 - nie [] ► Heparín 1 - áno 2 - nie [] ► Heparín LMW - profylaxia VTE 1 - áno 2 - nie [] ► ak iná liečba (vypíš)/ ak bez liečby (dôvod) [] Iná liečba ► statín 1 - áno 2 - nie [] ► nootropiká 1 - áno 2 - nie [] ► antidepresíva 1 - áno 2 - nie [] Poznámky na doplnenie, ev. upresnenie liečby: []
Poznámky	