

HLÁSENIE O PACIENTOVI S DIABETES MELLITUS - DETI

rok 2020

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mesiac spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> Dátum vyplnenia hlásenia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Názov zariadenia: (dopočítaný údaj): <input type="text"/>
Identifikácia pacienta	Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input type="text"/>
	IČO PZS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kód PZS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Identifikácia pacienta	Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <input type="text"/>
	Dátum narodenia: (dopočítaný údaj) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rodné číslo: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Identifikácia pacienta	Trvalé bydlisko (ulica, číslo): <input type="text"/> Obec: <input type="text"/>
	Pohlavie (dopočítaný údaj): <input type="text"/> Vek (dopočítaný údaj): <input type="text"/> <input type="text"/>
Stanovenie diagnózy DM	Dátum zistenia diabetu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Typ diabetu: 1- typ 1 (IDDM) 2- typ 2 (NIDDM) 3- gestačný <input type="checkbox"/>
	ak iný, uveď: (napr:MODY) <input type="text"/> 4- patologický OGTT 5- typ iný <input type="checkbox"/>
Rodinná a osobná anamnéza	OCHORENIA V RODINE
	OSOBNÁ ANAMNÉZA
Rodinná a osobná anamnéza	Otec Matka Bratia Sestry Ďalší pokrvní príbuzní
	DM typ 1 (u súrodencov počet) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/>
Rodinná a osobná anamnéza	DM typ 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Infarkt myokardu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rodinná a osobná anamnéza	Cievna mozgová príhoda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Hypertenzia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rodinná a osobná anamnéza	Obezita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Ochorenia štítnej žľazy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rodinná a osobná anamnéza	Celiakia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Autoimunitné ochorenia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rodinná a osobná anamnéza	Alergie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Súrodenci <input type="text"/> <input type="text"/>
Rodinná a osobná anamnéza	Celkový počet bratov: <input type="text"/> <input type="text"/>
	Celkový počet sestier: <input type="text"/> <input type="text"/>
Rodinná a osobná anamnéza	Tehotenstvo a pôrod:
	Poradie tehotenstva, z ktorého je pacient s DM <input type="text"/> <input type="text"/>
Rodinná a osobná anamnéza	pôrodná hmotnosť (g) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	pôrodná dĺžka (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rodinná a osobná anamnéza	gestačný vek (týž.) <input type="text"/> <input type="text"/>
	Dieťa kriesené: 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/>
Rodinná a osobná anamnéza	Plne dojčené do (mes.) <input type="text"/> <input type="text"/>
	Mliečne prídavky od (mes.) <input type="text"/> <input type="text"/>
Rodinná a osobná anamnéza	Preknané ochorenia: parotitis <input type="checkbox"/> rubeola <input type="checkbox"/>
	varicella <input type="checkbox"/> scarlatina <input type="checkbox"/>
Predchorobie a chronické ochorenia dieťaťa	Posledný prekonaný akútny infekt pred DM (výber): 01 - infekt HDC 02 - infekt DDC 03 - choroby ucha 04 - choroby oka a jeho adnexov 05 - gastrointestinálne ťažkosti 06 - choroby močovej a pohlavnej sústavy 07 - Iné akútne ochorenie (napr. infekčné) <input type="checkbox"/>
	"iné" ochorenie upresni: <input type="text"/>
Predchorobie a chronické ochorenia dieťaťa	Čas prekonaného infektu pred zistením diabetu (v týždňoch) <input type="text"/> <input type="text"/>
	Liečba kortikosteroidmi v poslednom roku: 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme/ neudaný <input type="checkbox"/>
Predchorobie a chronické ochorenia dieťaťa	Ochorenia/stav, pre ktorý boli podávané kortikoidy: vypíš: <input type="text"/> údaj neznámy <input type="checkbox"/>
	Závažné chronické ochorenie dieťaťa: vypíš: <input type="text"/>
Špecifické klinické príznaky (pred stanovením dg. DM)	Uveďte aj dátum, odkedy sú ťažkosti prítomné (pri neznámom dni, uveďte posledný deň v danom mesiaci): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Polydipsia <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Balanitída/ Vulvitída <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Špecifické klinické príznaky (pred stanovením dg. DM)	Polyúria <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Neprimeraná únava <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Polyfágia <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pokles hmotnosti (kg)- známy údaj <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
TK (k dátumu prijatia)	Hodnota systolického tlaku: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr Hmotnosť pri prijatí: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
	Hodnota diastolického tlaku: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr Výška pri prijatí: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Laboratórne výsledky - k dátumu prijatia	LABORATÓRNE VÝSLEDKY - k dátumu prijatia (Vyplňte maximum údajov)
	Vstupná glykémia (mmol/l) <input type="text"/> Hodnota vstupného glykovaného hemoglobínu (v%) <input type="text"/>
Laboratórne výsledky - k dátumu prijatia	Ketoacidóza 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/> podľa IFCC <input type="checkbox"/>
	Výšetrenie odpadu glukózy v moči 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/> podľa DCCT <input type="checkbox"/>
Laboratórne výsledky - k dátumu prijatia	Ódpad glukózy v moči (mmol/l/ 24 hod.) <input type="text"/>
	Hodnota celkového cholesterolu (mmol/l) <input type="text"/>
Laboratórne výsledky - k dátumu prijatia	Hodnota HDL cholesterolu (mmol/l) <input type="text"/>
	Laboratórne vyšetrenie - HLA 1 - robené 2 - nerobené <input type="checkbox"/>
Laboratórne výsledky - k dátumu prijatia	Hodnota kreatinínu (μmol/l) <input type="text"/>
	Výsledok laboratórneho vyšetrenia - HLA typ <input type="text"/>
Liečba a stav pacienta	Denná dávka inzulínu pri prepustení: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Inzulínová pumpa 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>
	v jednotkách počet jednotiek na kg hmotnosti (dopočítaný údaj) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Iná medikamentózna liečba <input type="text"/>
Liečba a stav pacienta	Počet podaní inzulínu denne <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Komplikácie: Retinopatia Nefropatia Neuropatia
	Kompenzácia: 1 - výborná 3 - priradená 2 - dobrá 4 - zlá <input type="checkbox"/> 1 - pozit. + 2 - pozit. ++ 3 - pozit. +++ 4 - nevyšetrená <input type="checkbox"/> 1 - pozit. + 2 - pozit. ++ 3 - pozit. +++ 4 - nevyšetrená <input type="checkbox"/> 1 - pozit. + 2 - pozit. ++ 3 - pozit. +++ 4 - nevyšetrená <input type="checkbox"/>
Liečba a stav pacienta	Hmotnosť pri prepustení: <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> bez retinopatie <input type="checkbox"/> bez nefropatie <input type="checkbox"/> bez neuropatie <input type="checkbox"/>
	Výška pri prepustení: <input type="text"/> cm <input type="checkbox"/>
Poznámky	Doplňujúce informácie do registra (stručne): napr. o inej závažnej dg. v rodine (ak nepostačí ponúkaný výber dg) a o ev. úmrtí pacienta v nemocnici