

HLÁSENIE O PACIENTOVI S DIABETES MELLITUS - DETI

rok 2021

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania: <input type="text"/>	Mesiac spracovania: <input type="text"/>	Dátum vyplnenia hlásenia: <input type="text"/>				
	Názov zariadenia: (dopočítaný údaj): <input type="text"/>						
	Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input type="text"/>						
IČO PZS: <input type="text"/>		Kód PZS: <input type="text"/>					
Identifikácia pacienta	Meno: <input type="text"/>	Priezvisko: <input type="text"/>					
	Dátum narodenia: (dopočítaný údaj) <input type="text"/>	Rodné číslo: <input type="text"/>					
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo): <input type="text"/>			Obec: <input type="text"/>			
Pohlavie (dopočítaný údaj): <input type="text"/>		Vek (dopočítaný údaj): <input type="text"/>					
Stanovenie diagnózy DM	Dátum zistenia diabetu: <input type="text"/>		Typ diabetu: 1- typ 1 (IDDM) 2- typ 2 (NIDDM) 3- gestačný				
	deň mesiac rok		4- patologický OGTT 5- typ iný <input type="text"/>				
ak iný, uveď: (napr:MODY) <input type="text"/>							
Rodinná a osobná anamnéza	OCHORENIA V RODINE				OSOBNÁ ANAMNÉZA		
		Otec	Matka	Bratia	Sestry	Ďalší pokrvní príbuzní	Tehotenstvo a pôrod:
	DM typ 1 (u súrodencov počet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Poradie tehotenstva, z ktorého je pacient s DM <input type="text"/>
	DM typ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pôrodná hmotnosť (g) <input type="text"/>
	Infarkt myokardu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pôrodná dĺžka (cm) <input type="text"/>
	Cievna mozgová príhoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gestačný vek (týž.) <input type="text"/>
	Hypertenzia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dieťa kriesené: 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="text"/>
	Obezita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plne dojčené do (mes.) <input type="text"/>
	Ochorenia štítnej žľazy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mliečne prídavky od (mes.) <input type="text"/>
	Celiakia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prekonané ochorenia: parotitis <input type="checkbox"/> rubeola <input type="checkbox"/>
Autoimunitné ochorenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	varicella <input type="checkbox"/> scarlatina <input type="checkbox"/>	
Alergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Súrodenci							
Celkový počet bratov: <input type="text"/>							
Celkový počet sestier: <input type="text"/>							
Predchorobie a chronické ochorenia dieťaťa	Posledný prekonaný akútny infekt pred DM (výber):						
			01 - infekt HDC	04 - choroby oka a jeho adnexas	07 - Iné akútne ochorenie (napr.infekčné)		
			02 - infekt DDC	05 - gastrointestinálne ťažkosti			
			03 - choroby ucha	06 - choroby močovej a pohlavnej sústavy			
"iné" ochorenie upresni: <input type="text"/>							
Čas prekonaného infektu pred zistením diabetu (v týždňoch) <input type="text"/>							
Liečba kortikosteroidmi v poslednom roku: 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme/ neudaný <input type="text"/>							
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):						
			deň	mesiac	rok		
	Polydipsia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Balanitída/ Vulvitída <input type="checkbox"/>	
	Polyúria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Neprimeraná únava <input type="checkbox"/>	
Polyfágia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pokles hmotnosti (kg)- známy údaj <input type="checkbox"/>		
TK (k dátumu prijatia)	Hodnota systolického tlaku: <input type="text"/>	Torr	Hmotnosť pri prijatí: <input type="text"/>		kg		
	Hodnota diastolického tlaku: <input type="text"/>	Torr	Výška pri prijatí: <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"/>					
	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"/>			
	Ódpad glukózy v moči (mmol/l/ 24 hod.) <input type="text"/>	Hodnota celkového cholesterolu (mmol/l) <input type="text"/>					
	Hodnota mikroalbuminúrie (µg/ 1 min) <input type="text"/>	Hodnota HDL cholesterolu (mmol/l) <input type="text"/>					
Hodnota kreatinínu (µmol/l) <input type="text"/>	Laboratórne vyšetrenie - HLA		1 - robené 2 - nerobené <input type="checkbox"/>				
Výsledok laboratórneho vyšetrenia - HLA typ <input type="text"/>							
Liečba a stav pacienta	Denná dávka inzulínu pri prepustení:		Inzulínová pumpa 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>				
	v jednotkách <input type="text"/>		Iná medikamentózna liečba <input type="text"/>				
	počet jednotiek na kg hmotnosti (dopočítaný údaj) <input type="text"/>		Komplikácie:				
	Počet podaní inzulínu denne <input type="text"/>	1 - výborná 3 - primeraná		Retinopatia	Nefropatia	Neuropatia	
	Kompenzácia: 2 - dobrá 4 - zlá <input type="checkbox"/>			1 - pozit. +	1 - pozit. +	1 - pozit. +	
Hmotnosť pri prepustení: <input type="text"/>	kg	3 - pozit. ++		2 - pozit. ++	2 - pozit. ++		
Výška pri prepustení: <input type="text"/>	cm	4 - nevyšetrená <input type="checkbox"/>		3 - pozit. +++	3 - pozit. +++		
		4 - nevyšetrená <input type="checkbox"/>		4 - nevyšetrená <input type="checkbox"/>	4 - nevyšetrená <input type="checkbox"/>		
		bez retinopatie <input type="checkbox"/>		bez nefropatie <input type="checkbox"/>	bez neuropatie <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						