

# HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZHUBNÝM NÁDOROM CHIRURGICKÁ LIEČBA / VÝKON

ROK 2022

Hlásenie vyplňajú operatéri rôznych špecializácií, ktorí operujú pacienta so zhubným nádorom

\* = povinný údaj

0 Identifikácia zariadenia	
Rok spracovania:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *
Mesiac spracovania:	<input type="text"/> <input type="text"/> *
IČO (8 znakov):	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *
Názov zariadenia:	<input type="text"/> *
Vyplnil (meno a priezvisko lekára):	<input type="text"/> *
Telefónne číslo:	<input type="text"/>
Dátum vyplnenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *
E-mail:	<input type="text"/>
1 Identifikačné údaje pacienta	
Meno:	<input type="text"/> *
Evidenčné číslo pacienta:	<input type="text"/>
(ak ho vo vašom zariadení pridelujete pacientovi)	
Priezvisko:	<input type="text"/> *
Pohlavie:	1-muž <input type="checkbox"/> 2-žena <input type="checkbox"/>
Rodné číslo:	<input type="text"/> *
Trvalé bydlisko (obec):	<input type="text"/> *
2 Špecifické informácie	
<b>Chirurgický výkon/operácia</b>	Dátum operačného výkonu/operácie: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>	
(možnosť '2-nie' zvolíte, ak ďalej za druh operácie zvolíte možnosti '8', '9')	
Druh: 1-extirpácia nádoru 6-odľahčovacia operácia 7-pokus o operáciu 8-žiadna (neoperovaný) <input type="checkbox"/>	
9-neznáme A-odstránenie nádoru B-odstránenie nádoru s celým orgánom alebo len jeho časťou	
C-rozšírená radikálna operácia (s odstránením regionálnych uzlín)	
D-radikálna operácia s odstránením regionálnych lymfatických uzlín bez zásahu na primárny nádor	
0-iná operácia <input type="checkbox"/> uved' aká: <input type="text"/>	
Odstránenie nádoru (popis rezidua):	
0-R0 žiadny reziduálny nádor 2-R2 makroskopický reziduálny nádor 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
1-R1 mikroskopický reziduálny nádor 3-nádor ponechaný	
Cieľ operačného výkonu: 1-kuratívny 2-paliatívny 3-pacient odmietol liečbu 9-neznámy 0-iný <input type="checkbox"/>	
<b>Lateralita:</b> 1-vpravo 2-vľavo 3-centrálne 4-bilaterálne 5-mnohopočetné 8-neaplikovateľ. (napr. systém. ochorenie) 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
<b>Klinický rozsah nálezu pri operácii:</b>	
1-Ca in situ 3-priame šírenie do okolia 5-priame šírenie do okolia a postihn. lym. uzlín 7-vzdialené metastázy	
2-lokalizovaný 4-postihnutie reg. lymfatických uzlín 6-nemožno aplikovať (systémové ochorenie) 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
3 Špecifikácia zhubného nádoru	
<b>Klasifikácia ochorenia</b> (kód dg. MKCH-10) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *	
<b>Bol pri operácii odobratý biologický materiál na histologizáciu?:</b>	1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/>
Ak áno, uved'te: TNM-klasifikáciu: pT _____ pN _____ pM _____	
Ak nie, uved'te: T _____ N _____ M _____	
<b>Uved'te klinické štádium / eventuálne podštádium</b> (slovne):	
<b>4 Poznámka</b> (dôležitá doplňujúca informácia o pacientovi):	
<input type="text"/>	

Odoslané:

Pečiatka, podpis: