

HLÁSENIE O PACIENTOVI S CIEVNOU MOZGOVOU PRÍHODOU

rok 2022

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mesiac spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/>
	Názov zariadenia (dopočítaný údaj): <input type="text"/>
Identifikačné údaje pacienta	Lekář 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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <input type="text"/>
	Dátum vyplnenia hlásenia (uvádzajte dátum do 31.12. za hlásený rok) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
PRVÉ KLINICKÉ PRÍZNAKY (dostupnosť informácie o vzniku CMP) / TRANSPORT	Informácia o prvých klinických príznakoch CMP: 1 - objektívne údaje 2 - orientačné údaje <input type="checkbox"/> Dátum vzniku CMP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Čas vzniku CMP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> deň mesiac rok hodina / minúta Transport: Typ: 1 - primárny (priamo z terénu) <input type="checkbox"/> 2 - sekundárny (z ambulancie: A - tej istej nemocnice/ B - z inej ambulancie) <input type="checkbox"/> 3 - sekundárny (preklad: A - z oddelenia tej istej nemocnice/ B - inej nemocnice) <input type="checkbox"/> 4 - bez transportu (vznik CMP počas hospitalizácie v tej istej nemocnici) <input type="checkbox"/> 5 - údaj sa nedá zistiť <input type="checkbox"/> Ak typ transportu 2 alebo 3, špecifikuj A alebo B <input type="text"/>
	Spôsob transportu: 1 - RZP/RLP <input type="checkbox"/> 2 - Iný (akýkoľvek) alebo bez transportu <input type="checkbox"/> 3 - údaj neznámy <input type="checkbox"/>
Informácie o vzniku CMP / Prijem do nemocnice a stav pri prijatí	PRÍJEM DO NEMOCNICE A PREKLAD / STAV PRI PRIJATÍ Dátum a čas odovzdania pacienta lekářovi nemocnice, ktorá hlási (pri primárnom transporte - "door" nemocnice): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> deň mesiac rok hodina / minúta Bol pacient v akútnom štádiu hospitalizovaný na JIS alebo inom akútnom odd.(napr.ARO)? 1 - áno, v nemocnici, ktorá CMP hlási <input type="checkbox"/> 2 - áno, v inej nemocnici <input type="checkbox"/> 3 - nie <input type="checkbox"/>
	Ak preklad (medzi nemocnicami): Dátum a čas odchodu sanitky z 1. nemocnice na vyššie pracovisko (sekundárny transport): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> deň mesiac rok hodina / minúta Ak preklad (medzi nemocnicami): Dátum a čas prevzatia pacienta lekářom intervenčnej radiológie na vyššom pracovisku (v 2. nemocnici): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> deň mesiac rok hodina / minúta
	Poznámka: <input type="text"/>
	Klinické príznaky pri prijatí: <input type="checkbox"/> 1 - kmeňové <input type="checkbox"/> 2 - hemisferické <input type="checkbox"/> 3 - lakunárne <input type="checkbox"/>
Anamnéza	Porucha vedomia: 1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/> ▶ NIHSS skóre <input type="text"/> ▶ mRankin skóre (0-6) <input type="text"/>
	TK pri prijatí: 1 - meraný TK <input type="checkbox"/> 2 - nameraný TK <input type="checkbox"/> 3 - nameraný TK <input type="checkbox"/>
	Hodnota TK: systolický tlak <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> diastolický tlak <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	OSOBNÁ ANAMNÉZA Sledované chorobné stavy: stav po TIA 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> diabetes mellitus - OAD 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> arteriálna hypertenzia (HT) 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> stav po hemoragickej CMP 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> diabetes mellitus - inzulín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ide o liečenú HT? 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> stav po ischemickej CMP 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> fibrilácia predsiení 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> iné závažné ochorenia (uveď): <input type="text"/> stav po infarkte myokardu 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> iná porucha srdcového rytmu 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>
Vyšetrenie	Antikoagulancia (výber): 1 - warfarin 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> 6 - DOAK 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> 98 - iné 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> 99 - žiadne 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Ak iné, vypíš: <input type="text"/>
	Antiagregácia: aspirín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> clopidogrel 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> iné antiagregácia: <input type="text"/>
	Iné lieky: hypolipemiká-statíny 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> orálne kontraceptíva 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>
	Rizikové faktory životného štýlu Fajčenie: (číslo k fajčeniu zohľadňujú ich poradie vo v.š. číselníku o fajčení) 9 - súčasné fajčenie - viac ako 5 rokov <input type="checkbox"/> X - neznáme <input type="checkbox"/> 3 - exfajčiar 6 - nefajčiar (nikdy nefajčil) 8 - súčasné fajčenie - nie viac ako 5 rokov <input type="checkbox"/> Alkohol: (denne 60g a viac) 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/> Iný rizikový faktor (uveď): <input type="text"/> Nadváha alebo obezita: 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/>
Vyšetrenie	VYŠETRENIA Primárne rádiodiagnostické vyšetrenie: 1 - CT v nemocnici, ktorá hlási ochorenie 3 - MR v nemocnici, ktorá hlási ochorenie 5 - bez CT/MR <input type="checkbox"/> 2 - CT v inom zdravotníckom zariadení 4 - MR v inom zdravotníckom zariadení <input type="checkbox"/> Išlo o CT/MR angio? 1 - áno 2 - nie 9 - neznámy <input type="checkbox"/> Išlo o perfúzne CT? 1 - áno 2 - nie 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	Dátum a čas (CT alebo MR): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> deň mesiac rok hodina / minúta

VYŠETRENIA	
Vyšetrenie	<p>Vyšetrenie dysfágie: 1 - iba klinické 2 - špecifická metóda 3 - nevyšetrené</p> <p>Pri 1. alebo 2. možnosti bolo vyšetrenie dysfágie: 1 - do 24 hodín 2 - po 24 hodinách</p> <p>Ak bola dysfágia vyšetrená špecifickou metódou, výber z možnosti:</p> <p>1 - Gugging Swallowing Screen - GUSS 3 - Acute Stroke Dysphagia Screening Tool - ASDST</p> <p>2 - Water Swallow Test - WST 4 - The Toronto Bedside Swallowing Screening Test - TOR-BBST</p> <p>5 - Massachusetts General Hospital, Swallow screening tool - MGH 6 - iné</p>
	<p>Vyšetrenie karotíd do 7 dní od prijatia:</p> <p>1 - áno</p> <p>2 - nie</p>
LIEČBA	
Liečba	<p>NEINVAZÍVNA liečba:</p> <p>Trombolytická liečba 1 - v nemocnici, ktorá CMP hlási 2 - v inej nemocnici 3 - nepodaná</p> <p>Pri uvedení možnosti 1 alebo 2, uveď dátum a čas: <input type="text"/> deň <input type="text"/> mesiac <input type="text"/> rok <input type="text"/> hodina / <input type="text"/> minúta</p> <p>Ak v inej nemocnici, výber z číselníka: <input type="text"/> Poznámka k trombolytickej liečbe: <input type="text"/></p> <p>Antiagreganciá:</p> <p>Aspirín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Iné antiagreganciá (vypíš): <input type="text"/></p> <p>Heparín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Cerebrolyzín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Kortikoidy 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>Heparín LMW - profylaxia VTE 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Manitol 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Nootropiká 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>Orálne antikoagulanciá 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Antidepresíva 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> MgSO₄ 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>Antibiotiká 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Iné (vypísať) <input type="text"/></p> <p>INVAZÍVNA liečba:</p> <p>Endovaskulárny výkon: trombektómia <input type="checkbox"/> O coiling <input type="checkbox"/> O stent <input type="checkbox"/> O</p> <p>Trombektómia 1 - vykonaná v nemocnici, ktorá hlási 3 - preklad pre plánovaný trombektómiu v inej nemocnici</p> <p>2 - vykonaná v inej nemocnici 9 - nebola vykonaná</p> <p>Ak je uvedená možnosť 1 alebo 2, uveď:</p> <p>Dátum a čas zahájenia trombektómie ("groin time"): <input type="text"/> deň <input type="text"/> mesiac <input type="text"/> rok <input type="text"/> hodina / <input type="text"/> minúta</p> <p>Dátum a čas rekanalizácie: <input type="text"/> deň <input type="text"/> mesiac <input type="text"/> rok <input type="text"/> hodina / <input type="text"/> minúta</p> <p>Stupeň rekanalizácie - TICI (číselník) :</p> <p>000 - žiadna perfúzia</p> <p>010 - minimálna perfúzia, kontrastná látka preniká za miesto uzáveru, ale bez plnenia distálnych vetiev</p> <p>02a - čiastočná perfúzia s inkompletným plnením distálnych vetiev (<2/3 teritória danej tepny)</p> <p>02b - čiastočná perfúzia so spomaleným plnením distálnych vetiev</p> <p>030 - kompletná perfúzia všetkých distálnych vetiev</p> <p>090 - údaj neznámy</p> <p>Došlo počas výkonu rekanalizácie k symptomatickému krvácaniu? 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>Ak trombektómia v inej nemocnici, výber z číselníka: <input type="text"/></p> <p>Neurochirurgická operácia/výkon: 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>Poznámka k invazívnej liečbe: <input type="text"/></p>
Konečná diagnóza	<p>KONEČNÁ KLINICKÁ DIAGNÓZA - typ CMP</p> <p>1. Hemoragická 2. Ischemická 3. Nešpecifikovaná (I64)</p> <p>subarachnoidálna (I60.0-I60.9) <input type="checkbox"/> I 6 0</p> <p>intracerebrálna (I61.0-I61.9) <input type="checkbox"/> I 6 1</p> <p>iné neúrazové (I62.00-I62.09) <input type="checkbox"/> I 6 2</p> <p>TIA (G45.02 - G45.99) <input type="checkbox"/> G 4 5</p> <p>LIM (I63.0-I63.9), (G46.0-G46.8) <input type="checkbox"/> I 6 3</p> <p>1 - reverzibilná 2 - progredujúca</p> <p>3 - ukončená 4 - iná <input type="checkbox"/></p> <p>iná (vypíš) <input type="text"/></p> <p>Topografia LIM <input type="checkbox"/> G 4 6</p>
Etiopatogenéza	<p>ETIOPATOGENÉZA</p> <p>Hemoragická CMP:</p> <p>1 - spontánna 6 - vaskulitída</p> <p>2 - z aneuryzmy 7 - z nezisteného zdroja</p> <p>3 - hemorágia do tumoru 8 - iná etiopatogenéza</p> <p>4 - hemorágia do isch. ložiska 9 - neudaná <input type="checkbox"/></p> <p>5 - z AV malformácie Ak iná hemoragická CMP, vypíš: <input type="text"/></p> <p>Ischemická CMP:</p> <p>1 - kardioembolická 5 - iná etiopatogenéza</p> <p>2 - aterotrombotická 9 - neznáme <input type="checkbox"/></p> <p>3 - lakunárna Ak iná ischemická CMP, vypíš: <input type="text"/></p> <p>4 - kryptogénna</p>
Ukončenie hospitalizácie, klinický stav a liečba pri prepustení	<p>UKONČENIE HOSPITALIZÁCIE, KLINICKÝ STAV A LIEČBA PRI PREPUSTENÍ</p> <p>Dátum a čas ukončenia hospitalizácie (vrátane úmrtia): <input type="text"/> deň <input type="text"/> mesiac <input type="text"/> rok <input type="text"/> hodina <input type="text"/> minúta</p> <p>Bola hospitalizácia pacienta na Vašom oddelení dlhšia ako 40 dní? 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>Spôsob ukončenia hospitalizácie:</p> <p>1 - Prepustenie domov/do DSS ; DD 3 - Preklad - iné odd. / zdr. zariadenie 4 - Exitus</p> <p>▶ Ak preklad, kde : 1 - rehabilitačné odd. 2 - doliečovacie odd. 3 - iné akútne odd.</p> <p>Zhodnotenie klinického stavu: NIHSS skóre <input type="text"/> mRankin skóre (od 0 do 6) <input type="text"/> Chôdza 10 m bez pomoci pri prepustení: 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>Odporúčaná liečba pri prepustení pacienta a informácia o FP (pri úmrtí pacienta sa nevyplňa):</p> <p>Išlo o pacienta s fibriláciou predsiení? 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>Antiagreganciá</p> <p>▶ ASA 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ Clopidogrel 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>Ak iné, vypíš <input type="text"/></p> <p>Antikoagulanciá</p> <p>▶ Warfarín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ DOAK 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ Heparín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ Heparín LMW - profylaxia VTE 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ ak iná liečba (vypíš)/ ak bez liečby (dôvod) <input type="text"/></p> <p>Iná liečba</p> <p>▶ statín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ nootropiká 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>▶ antidepresíva 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/></p> <p>Poznámky na doplnenie, ev. upresnenie liečby: <input type="text"/></p>
Covid 19	<p>INFORMÁCIE O INFEKCIÍ COVID 19 - nepovinné</p> <p>Dá sa predpokladať, že na etiopatogenéze súčasnej CMP/TIA sa podieľala verifikovaná COVID infekcia? Ide o:</p> <p>1 - akútna infekcia Covidom 3 - nesúvisí s Covidom</p> <p>2 - postcovidové komplikácie 9 - neznáme/neudané <input type="checkbox"/></p> <p>Doplňujúce info (napr.: časový interval Covid infekcie pred CMP) <input type="text"/></p>
Poznámky	