HLÁSENIE O PACIENTOVI S ENDOVASKULÁRNYM VÝKONOM
rok 2024

Pre kontrolu dát o endovýkonoch sa v tejto zredukovanej endohlásenke hlásia iba tí pacienti, ktorých endopracovisko vrátilo naspäť na 1. (indikujúce) pracovisko, prípadne ak pacient v nemocnici, kde bol endovýkon realizovaný, zomrel.

Identifikácia zariadenia

Rok spracovania: ☐☐☐☐ **Mesiac spracovania:** ☐☐

Názov zariadenia *(dopočítaný údaj):* ☐

Lekár vyplňujúci hlásenie *(v tvare Priezvisko Meno, Titul) :* ☐

IČO PZS: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Kód PZS: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Identifikačné údaje pacienta

Meno: ☐ **Priezvisko:** ☐

Dátum narodenia: *(dopočítaný údaj)* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ **Rodné číslo:** ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐
(v prípade neznámeho RC uviesť pri mužovi 0010000000, pri žene 0050000000)

Trvalé bydlisko (ulica, č.d.): ☐ **Obec:** ☐

Pohlavie: *(dopočítaný údaj)* ☐ **Vek:** *(dopočítaný údaj)* ☐☐

Príjem do nemocnice - vstupné informácie

PRÍJEM DO NEMOCNICE - vstupné informácie

Dátum a čas prevzatia pacienta lekárom intervenčnej radiológie :

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐
deň mesiac rok hodina minúta

V ktorej nemocnici bol pacientovi indikovaný endovýkon? *(výber)* ☐

Bola pacientovi v 1.(prekladajúcej) nemocnici podaná trombolytická liečba? **1**- áno **2**- nie ☐

Bola pacientovi v nemocnici, ktorá endovýkon hlási, podaná trombolytická liečba? **1**- áno **2**- nie ☐

Intervenčné výkony

INTERVENČNÉ VÝKONY

Endovaskulárny výkon (*hlási len nemocnica, ktorá ho sama realizovala*):

Trombektómia: **1** - áno **2** - nie ☐

Stent: **1 -** zavedený spolu s trombektómiou
2 - zavedený bez trombektómie
3 - zavedený s časovým odstupom po trombektómi ☐

Poznámka k trombektómii: stent-trombektomické zariadenie nie je extra- alebo intra- kraniálny stent

Ak trombektómia áno- typ:
1 - mechanická trombektómia iba trombosukciou
2 - mechanická trombektómia stent-trombektomickým zariadením a trombosukciou
3 - mechanická trombektómia s ponechaným extra- alebo intra- kraniálnym stentom ☐

Dátum a čas zahájenia trombektómie ("groin time") sólo/spolu so stentom

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐
deň mesiac rok hodina minúta

Dátum a čas rekanalizácie:

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐
deň mesiac rok hodina minúta

Stupeň rekanalizácie - TICI *(podľa číselníka z výberu)* :

000 - Žiadna perfúzia
010 - Minimálna perfúzia, kontrastná látka preniká za miesto uzáveru, ale bez plnenia dist. 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 ☐

Ak bol stent zavedený bez trombektómie alebo s časovým odstupom po trombektómii, uveď:

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐
deň mesiac rok hodina minúta

Poznámky k predmetným intervenčným výkonom:

Ukončenie hospitalizácie

UKONČENIE HOSPITALIZÁCIE / 1-dňová zdravotná starostlivosť

Dátum a čas ukončenia hospitalizácie /1-dňová zdravotná starostlivosť

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐
deň mesiac rok hodina minúta

Spôsob ukončenia: **3** - Preklad - iné odd. / zdr. zariadenie **4 -** Exitus ☐

► Ak preklad, ide o "návrat" do 1.nemocnice, ktorá endovýkon indikovala? **1** - áno **2** - nie ☐

Poznámky

Doplňujúce info od lekára, ktorý prípad hlásil