

## HLÁSENIE O PACIENTOVI S NEUROMUSKULÁRNOU CHOROBOU

### rok 2024

<b>Identifikácia zariadenia</b>	<b>Rok spracovania:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Mesiac spracovania:</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Dátum vyplnenia hlásenia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<b>IČO PZS:</b> <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"/>		<b>Kód PZS:</b> <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"/>
	<b>Názov zariadenia:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>		<b>Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul):</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Identifikačné údaje pacienta</b>	<b>Meno:</b> <input style="width: 150px;" type="text"/>		<b>Priezvisko:</b> <input style="width: 150px;" type="text"/>
	<b>Rodné číslo:</b> <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"/>		<b>Dátum narodenia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<i>(v prípade neznámeho RC uviesť pri mužovi 0010000000, pri žene 0030000000)</i>		<i>(dopočítaný údaj) :</i>
	<b>Adresa trv. bydliska (ul.,č.):</b> <input style="width: 150px;" type="text"/>		<b>Adresa trv.bydliska -obec:</b> <input style="width: 150px;" type="text"/>
<b>Klinické príznaky, stanovenie diagnózy</b>	<b>Prvé klinické príznaky:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>Stanovenie diagnózy:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<i>(ak nie je známy deň, uveďte dátum 15. v danom mesiaci)</i> deň mesiac rok		<i>(dopočítaný údaj) :</i> deň mesiac rok
	<b>Iné závažné choroby:</b> <input style="width: 150px;" type="text"/>		
	<b>Špecifikácia hlásenia:</b>		<b>3 - kontrolné hlásenie - aktuálny stav</b> <input type="checkbox"/>
	<b>1 - hlásenie novodiagnostikovaného pacienta</b>		
	<b>2 - prvé hlásenie dispenzarizovaného pacienta s dg.stanovenou v minulosti</b>		<input type="checkbox"/>
	<b>Poznámka:</b> <input style="width: 150px;" type="text"/>		
<b>Špecifikácia diagnózy</b>	<b>Diagnóza podľa MKCH-10 s doplnením interného kódu na rozlíšenie špecifikácie danej diagnózy:</b>		
	Detská spinálna svalová atrofia, typ I [Werdnigov-Hoffmanov typ] - <b>G12.0</b>		
	Spinálna svalová atrofia typ 2 - <b>G12.1a</b>		
	Spinálna svalová atrofia typ 3 Kugelberg-Welander <b>G12.1b</b>		
	Spinálna svalová atrofia typ 4 <b>G12.1c</b>		
	Bulbospinálna amyotrofia (M.Kennedy) - <b>G12.2</b>		
	Familiárna amyloidná polyneuropatia - <b>G60.8</b>		
	Akútna polyradikuloneuritída GBS - <b>G61.0</b>		
	Chronická inflamatórna demyelinizačná polyneuropatia - <b>G61.8a</b>		
	Multifokálna motorická neuropatia - <b>G61.8b</b>		
	Kongenitálny myastenický syndróm <b>G70.0a</b>		
	Myasténia gravis - <b>G70.0b</b>		
	Faciaskapulohumerálna muskulárna dystrofia - <b>G71.0a</b>		
	Duchennova svalová dystrofia - <b>G71.0b</b>		
	Beckerova svalová dystrofia - <b>G71.0c</b>		
	Myotonická dystrofia MD1 a MD2 - <b>G71.1a</b>		
	Kongenitálna paramyotónia Eulenburg - <b>G71.1b</b>		
	Kongenitálna muskulárna dystrofia - <b>G71.2</b>		
	Periodické paralýzy - <b>G72.3</b>		
	Pompeho choroba - <b>G73.6</b>		
	Polymyozitída - <b>M33.2</b>		
	Dermatomyozitída - <b>M33.9</b>		
	Inclusion body myositis - <b>M60</b>		
	<input style="width: 100px;" type="text"/>		
	<i>uveď príslušný kód (v e-verzii bude v ISZI výber z číselníka aj s textom)</i>		
	<b>Kódovanie chorôb podľa:</b>		
	<b>podľa OMIM:</b> <input style="width: 150px;" type="text"/>		<b>podľa ORPHA :</b> <input style="width: 150px;" type="text"/>
	<b>Metodika určenia diagnózy:</b>		
	DNA diagnostika <input type="checkbox"/>	EMG diagnostika <input type="checkbox"/>	Enzymologická diagnostika <input type="checkbox"/>
	Ak DNA diagnostika - typ mutácie: <b>1 - MLPM</b> <input type="checkbox"/>	Svalová biopsia <input type="checkbox"/>	Autoprotiľátky proti špecifickým antigénom <input type="checkbox"/>
	<b>2 - bodová mutácia</b> <input type="checkbox"/>	Vyšetrenie CSL <input type="checkbox"/>	
	Ak bodová mutácia, uveď typ: <input style="width: 50px;" type="text"/>		Ak iná diagnostika, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>Liečba</b>	<b>Aktuálna liečba:</b>		
	Kortikoterapia <input type="checkbox"/>	Tymektómia <input type="checkbox"/>	Translama <input type="checkbox"/>
	Imunosupresívna liečba - preparát <input type="checkbox"/>	Monoklónná protilátka <input type="checkbox"/>	Ak iná liečba, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/>
	Plazmaferéza <input type="checkbox"/>	Enzymatická substitučná liečba <input type="checkbox"/>	V čase hlásenia bez kauzálnej liečby (týka sa novodg.pacienta) <input type="checkbox"/>
	IVIg <input type="checkbox"/>	Nusinersen- antisense-oligonukleotidy <input type="checkbox"/>	
<b>Charakteristika klinického stavu, dĺžka liečby podľa výberu v "Špecifikácia hlásenia"</b>	<b>Charakteristika klinického stavu, dĺžka liečby</b>		
	Ak ide o novodiagnostikovaného pacienta (v roku hlásenia), uveď:		Klinický stav pacienta pred nastavením na liečbu (popis podľa uváženia):
	<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input style="width: 150px;" type="text"/>
	Ak ide o pacienta s dg. stanovenou pred rokom hlásenia (v špecif.hlásenia možnosť 2 alebo 3), uveď:		
	Klinický stav pacienta od poslednej kontroly:	Trvanie doterajšej (poslednej aktuálnej) liečby pred hlásenou kontrolou:	Bola potrebná zmena v liečbe?
	<b>1 - bez zmien</b> <input type="checkbox"/>	<b>1 - menej ako 1 rok</b> <input type="checkbox"/>	<b>1 - áno</b> <input type="checkbox"/>
	<b>2 - zlepšený</b> <input type="checkbox"/>	<b>2 - viac ako 1 rok</b> <input type="checkbox"/>	<b>2 - čiastočne</b> <input type="checkbox"/>
	<b>3 - zhoršený</b> <input type="checkbox"/>	<b>3 - viac ako 5 rokov</b> <input type="checkbox"/>	<b>3 - nie</b> <input type="checkbox"/>
	Ak ide o možnosť 1,2 uveď dôvod: <input style="width: 100px;" type="text"/>		
	Celkové trvanie farmakol. kauzálnej liečby (roky, ev.mesiace) od jej 1.nasadenia: <input style="width: 100px;" type="text"/>		
	<b>Poznámka lekára k údajom pacienta/ alebo pre NCZI:</b>		