HLÁSENIE O PACIENTOVI S DIABETES MELLITUS - dospelí

ROK 2024

Identifikácia zariadenia

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

Názov zariadenia:

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

IČO PZS:

Kód PZS:

Dátum vyplnenia hlásenia:

Identifikačné údaje pacienta

Meno: **Priezvisko:**

Dátum narodenia: *(dopočítaný údaj)* **Rodné číslo:**

Trvalé bydlisko (obec):

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

Rok určenia diagnózy DM a typ DM

V ktorom roku bola stanovená diagnóza DM:

Vek v čase stanovenia diagnózy DM *(dopočítaný údaj):*

TYP DIABETU:

1 - typ 1 (IDDM)
2 - typ 2 (NIDDM)
3 - gestačný DM
4 - patologický OGTT
5 - typ iný

ak ide o iný typ DM, uveď aký:

O akého pacienta ide?

Typ pacienta (v súvislosti k stanoveniu dg.DM)

1 - nový pacient diagnostikovaný v hlásenom roku ("dispenzarizovaný" u lekára, ktorý hlásenie podáva)

2 - pacient so stanovenou dg. v minulosti ("dispenzarizovaný" u lekára, ktorý hlásenie podáva)

Zmeny v dispenzári pacienta

1 - úmrtie
2 - "prestup" do iného zdravotníckeho zariadenia
3 - dlhodobá absencia ("stratený" pacient)
4 - ostáva v ambulantnej starostlivosti
5 - preradený z "iného" zdravotníckeho zariadenia

Komplikácie DM a chronické ochorenia

KOMPLIKÁCIE DM A CHRONICKÉ OCHORENIA

Diabetická nefropatia	**1** - áno **2-** nie	Diabetická neuropatia	**1** - áno **2 -** nie
Chronická renálna insuficiencia	**1** - áno **2-** nie	Diabetická noha - defekt	**1** - áno **2 -** nie
Dialýza	**1** - áno **2-** nie	Amputácia dolnej končatiny	**1** - áno **2 -** nie
Transplantácia obličky	**1** - áno **2-** nie		

Diabetická retinopatia

neproliferatívna/proliferatívna forma (bez slepoty na oboch očiach) **1** - áno **2-** nie

slepota (zahŕňa slepotu na jednom alebo oboch očiach) **1** - áno **2-** nie

INÉ CHOROBY (STAVY) v OA

ICHS (Ischemická choroba srdca)	**1** - áno **2-** nie	Hypertenzia	**1** - áno **2-** nie
IM (Infarkt myokardu)	**1** - áno **2-** nie	Dyslipidémia	**1** - áno **2-** nie

Aktuálna liečba

AKTUÁLNA LIEČBA (pri kombinovanej liečbe uviesť všetky možnosti)

iba na diéte (bez farmakoterapie)	**1** - áno **2-** nie	liečba inzulínom	**1** - áno **2-** nie
liečba OAD (orálnymi antidiabetikami)	**1** - áno **2-** nie	liečba založená na inkretínovom účinku	**1** - áno **2-** nie

Iná liečba (vypíš):

Poznámky

Doplňujúce informácie lekára o pacientovi pre NCZI:

Poznámky (ak ide o slepotu alebo amputáciu dolnej končatiny, uvádzajte, prosím, či sú alebo nie sú postihnuté obe oči/obe končatiny – príklad: slepota - 2; amputácia – 1)