

HLÁSENIE O PACIENTOVI S DIABETES MELLITUS - DETI
rok 2024

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania: <input type="text"/>	Mesiac spracovania: <input type="text"/>																																									
	Názov zariadenia: (dopočitáný údaj): <input type="text"/>																																										
Identifikácia pacienta	Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezviska Meno, Titul): <input type="text"/>																																										
	IČO PZS: <input type="text"/>	Kód PZS: <input type="text"/>																																									
Identifikácia pacienta	Meno: <input type="text"/>	Priezvisko: <input type="text"/>																																									
	Dátum narodenia: (dopočitáný údaj) <input type="text"/>	Rodné číslo: <input type="text"/> <small>(v prípade neznámeho RČ uviesť pri mužovi 0010000000, pri žene 0050000000)</small>																																									
Identifikácia pacienta	Trvalé bydlisko (ulica, číslo): <input type="text"/>	Obec: <input type="text"/>																																									
	Pohlavie (dopočitáný údaj): <input type="text"/>	Vek (dopočitáný údaj): <input type="text"/>																																									
Stanovenie diagnózy DM	STANOVENIE DIAGNÓZY, ŠPECIFIKÁCIA DM																																										
	Dátum zistenia diabetu: <input type="text"/>	Typ diabetu: 1- typ 1 <input type="checkbox"/> 3- gestačný <input type="checkbox"/> 2- typ 2 <input type="checkbox"/> 5- iný špecifický typ <input type="checkbox"/>																																									
Rodinná a osobná anamnéza	Ak ide o iný špecifický typ DM, upresnite (napr. MODY) <input type="text"/>																																										
	RODINNÁ ANAMNÉZA																																										
Rodinná a osobná anamnéza	RODINNÁ ANAMNÉZA II.																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Otec</th> <th>Matka</th> <th>Bratia</th> <th>Sestry</th> <th>Celkový počet súrodencov</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DM typ 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>DM typ 2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Iný špecifický typ DM (napr. MODY)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Obezita</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Ochorenia štítnej žľazy</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Celiakia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>			Otec	Matka	Bratia	Sestry	Celkový počet súrodencov	DM typ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	DM typ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Iný špecifický typ DM (napr. MODY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Obezita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ochorenia štítnej žľazy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Celiakia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otec	Matka	Bratia	Sestry	Celkový počet súrodencov																																						
DM typ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																						
DM typ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																						
Iný špecifický typ DM (napr. MODY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																						
Obezita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																						
Ochorenia štítnej žľazy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																						
Celiakia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																						
Rodinná a osobná anamnéza	OSOBNÁ ANAMNÉZA																																										
	Tehotenstvo a pôrod: pôrodná hmotnosť (g) <input type="text"/> pôrodná dĺžka (cm) <input type="text"/> gestačný vek (týž.) <input type="text"/>																																										
Rodinná a osobná anamnéza	PREDCHOROBIE A KLINICKÉ PRÍZNAKY DM																																										
	Posledná prekonaná akútna infekcia pred DM (výber): 01 - infekť HDC <input type="checkbox"/> 02 - infekť DDC <input type="checkbox"/> 07 - Iné akútne ochorenie/napr.infekčné/ <input type="checkbox"/> 08 - parotitis <input type="checkbox"/> 09 - covid-19 <input type="checkbox"/> 10 - bez infekcie <input type="checkbox"/> Ak sa uviedlo "iné" ochorenie, špecifikujte ho: <input type="text"/> Čas prekonaného infektu pred zistením diabetu (v týždňoch) <input type="text"/> Liečba kortikosteroidmi v poslednom roku: <input type="checkbox"/> 1 - áno 2 - nie 9 - neznámy/neudaný																																										
Rodinná a osobná anamnéza	Špecifické klinické príznaky pred zistením DM:																																										
	Polydipsia <input type="checkbox"/> Polyfágia <input type="checkbox"/> Neprimeraná únava <input type="checkbox"/> žiaden z uvedených klinických príznakov? <input type="checkbox"/> Polyúria <input type="checkbox"/> Balanitída/ Vulvitída <input type="checkbox"/> Pokles hmotnosti (kg) <input type="checkbox"/> Ak áno, koľko cca kg? <input type="text"/>																																										
Vyšetrenia pri prijatí	VÝŠETRENIA PRI PRIJATÍ DO NEMOCNICE																																										
	Hmotnosť: <input type="text"/> kg Vstupná glykémia (mmol/l) <input type="text"/> Výška: <input type="text"/> cm Hodnota vstupného glykovaného hemoglobínu (v%) <input type="text"/> podľa IFCC <input type="checkbox"/> podľa DCCT <input type="checkbox"/> Ketoacidóza 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/> Laboratórne vyšetrenie - HLA 1 - robené 2 - nerobené <input type="checkbox"/> Vyšetrenie C-peptidu 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Výsledok laboratórneho vyšetrenia - HLA typ <input type="text"/>																																										
Liečba pri prepustení	LIČBA PRI PREPUSTENÍ, KOMPLIKÁCIE																																										
	Denná dávka inzulínu pri prepustení: v jednotkách <input type="text"/> počet jednotiek na kg hmotnosti (dopočitáný údaj) <input type="text"/> Počet podaní inzulínu denne: <input type="text"/> Inzulínová pumpa: 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Iná medikamentózna liečba: <input type="text"/>																																										
Poznámky	Komplikácie:																																										
	Retinopatia 1. pozitívna <input type="checkbox"/> 2. negatívna <input type="checkbox"/> 3. nevyšetrená <input type="checkbox"/> Nefropatia 1. pozitívna <input type="checkbox"/> 2. negatívna <input type="checkbox"/> 3. nevyšetrená <input type="checkbox"/> Neuropatia 1. pozitívna <input type="checkbox"/> 2. negatívna <input type="checkbox"/> 3. nevyšetrená <input type="checkbox"/> Hmotnosť pri prepustení (v kg, na 1 desatinné miesto) <input type="text"/>																																										
Poznámky	Doplňujúce informácie o pacientovi - môžete uviesť aj PSC adresy pacienta: <input type="text"/>																																										