NÁRODNÝ REGISTER VRODENÝCH CHÝB

podľa Zákona č.153/2013 Z.z. o Národnom zdravotníckom informačnom systéme

a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

ZR_VCH_ZR_ II

HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZRIEDKAVOU CHOROBOU II

ROK 2024

Hlásia: príslušné expertízne/špecializované pracoviská zaoberajúce sa ZCH

Identifikácia zariadenia

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

Názov zariadenia:

Priezvisko, meno, titul lekára:

IČO PZS:

Kód PZS:

Dátum vyplnenia hlásenia *(dopočítaný údaj)* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Identifikačné údaje pacienta

Meno: **Priezvisko:**

Dátum narodenia: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ **Rodné číslo:** ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

(dopočítaný údaj) *(v prípade neznámeho RČ uviesť pri mužovi 0010000000, pri žene 0050000000)*

Trvalé bydlisko (ul., č.): **Obec:**

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

Špecifikácia pacienta

Ide o pacienta s novodiagnostikovanou zriedkavou chorobou (ZCH) v hlásenom roku? **1** - áno **2** - nie ☐

Ak nie, uveďte rok stanovenia diagnózy: ☐☐☐☐

rok

Špecifikácia diagnózy

MKCH-10 (*kód, popis z e-výberu*):

Upresnenie ZCH, ak v MKCH táto dg. nie je dostatočne špecifikovaná:

OMIM ORPHA

Doplňujúce informácie o pacientovi, ak je to potrebné:

Iná informácia

Ak dieťa ešte nemalo pridelené kompletné rč, tak uveďte rč matky: ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Poznámka