

## HLÁSENIE O PACIENTOVI S TUBERKULÓZOU ROK 2024

Identifikačné údaje zariadenia	<b>Rok spracovania:</b> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <b>Mesiac spracovania:</b> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <b>ID pacienta:</b> T B - 2 0 2 4 - <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																														
	<b>IČO PZS:</b> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <b>Kód PZS:</b> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																														
	<b>Názov zariadenia:</b> <input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/> (doplní sa automaticky)																														
	<b>Lekár vyplňujúci hlásenie</b> (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>																														
Identifikačné údaje pacienta	<b>Dátum vyplnenia základného hlásenia:</b> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px;"> <span>deň</span> <span>mesiac</span> <span>rok</span> </div> <b>Kód hlásiaceho oddelenia - SJ 1:</b> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																														
	<b>Dátum vyplnenia (kontrolného) hlásenia o výsledku liečby:</b> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px;"> <span>deň</span> <span>mesiac</span> <span>rok</span> </div> <b>Kód hlásiaceho oddelenia - SJ 2:</b> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																														
Typ hlásenia	<b>Meno:</b> <input style="width: 100px;" type="text"/> <b>Priezvisko:</b> <input style="width: 100px;" type="text"/> <b>Rodné priezvisko:</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>																														
	<b>Pohlavie:</b> (automaticky dopočítaná položka) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Vek:</b> (automaticky dopočítaná položka) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px;"> <span>deň</span> <span>mesiac</span> <span>rok</span> </div>																														
	<b>Rodné číslo:</b> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <b>Dátum narodenia:</b> (aut. dopočítaná položka) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																														
	<b>Trvalé bydlisko</b> (ulica, číslo): <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <b>Trvalé bydlisko</b> (obec): <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> (výber)																														
	<b>Národnosť:</b> <input style="width: 100px;" type="text"/> (výber) <b>Štátna príslušnosť:</b> <input style="width: 100px;" type="text"/> (výber) <b>Krajina pôvodu:</b> <input style="width: 100px;" type="text"/> (výber)																														
Špecifikácia ochorenia	<b>Ekonomická aktivita:</b> 0 - dieťa/žiak/študent    1 - pravidelne zamestnaný    2 - príležitostne zamestnaný    3 - nezamestnaný 4 - dôchodca-invalidný    5 - dôchodca -starobný    6 - žiadny, závislá od inej osoby    7 - iný    9 - neznámy <input type="checkbox"/>																														
	<b>Typ hlásenia:</b> 1 - Novozistený prípad    2 - Recidíva    3 - Po zlyhaní liečby    4 - Po prerušení liečby    5 - Chronik <input type="checkbox"/>																														
Špecifikácia TBC, lokalizácia ochorenia	<b>Špecifikácia TBC podľa MKCH-10:</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> (výber)																														
	<b>Špecifikácia TBC podľa MKCH-10:</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> (výber)																														
	<b>Hlavné miesto ochorenia</b> (uviesť iba jedno podľa závažnosti, ak ide aj o pľúcnu formu, uviesť ju ako hlavné miesto): <table style="width: 100%; font-size: 8px;"> <tr> <td>1 - pľúca</td> <td>5 - kosti, kĺby - chrbtica</td> <td>9 - močové ústrojenstvo</td> <td>13 - peritoneum, tráviaci trakt</td> </tr> <tr> <td>2 - pleura</td> <td>6 - kosti, kĺby mimo chrbtice</td> <td>10 - pohlavné ústrojenstvo</td> <td>14 - iné <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 - vnútrohruďníkové uzliny</td> <td>7 - meningy</td> <td>11 - koža</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 - mimohruďníkové uzliny</td> <td>8 - CNS</td> <td>12 - diseminované</td> <td>ak iné, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> </table>	1 - pľúca	5 - kosti, kĺby - chrbtica	9 - močové ústrojenstvo	13 - peritoneum, tráviaci trakt	2 - pleura	6 - kosti, kĺby mimo chrbtice	10 - pohlavné ústrojenstvo	14 - iné <input type="checkbox"/>	3 - vnútrohruďníkové uzliny	7 - meningy	11 - koža		4 - mimohruďníkové uzliny	8 - CNS	12 - diseminované	ak iné, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/>														
	1 - pľúca	5 - kosti, kĺby - chrbtica	9 - močové ústrojenstvo	13 - peritoneum, tráviaci trakt																											
2 - pleura	6 - kosti, kĺby mimo chrbtice	10 - pohlavné ústrojenstvo	14 - iné <input type="checkbox"/>																												
3 - vnútrohruďníkové uzliny	7 - meningy	11 - koža																													
4 - mimohruďníkové uzliny	8 - CNS	12 - diseminované	ak iné, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/>																												
<b>Vedľajšie miesto ochorenia</b> (ak existuje, uveďte najviac jedno): <table style="width: 100%; font-size: 8px;"> <tr> <td>1 - pľúca</td> <td>5 - kosti, kĺby - chrbtica</td> <td>9 - močové ústrojenstvo</td> <td>13 - peritoneum, tráviaci trakt</td> </tr> <tr> <td>2 - pleura</td> <td>6 - kosti, kĺby mimo chrbtice</td> <td>10 - pohlavné ústrojenstvo</td> <td>14 - iné <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 - vnútrohruďníkové uzliny</td> <td>7 - meningy</td> <td>11 - koža</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 - mimohruďníkové uzliny</td> <td>8 - CNS</td> <td>12 - diseminované</td> <td>ak iné, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> </table>	1 - pľúca	5 - kosti, kĺby - chrbtica	9 - močové ústrojenstvo	13 - peritoneum, tráviaci trakt	2 - pleura	6 - kosti, kĺby mimo chrbtice	10 - pohlavné ústrojenstvo	14 - iné <input type="checkbox"/>	3 - vnútrohruďníkové uzliny	7 - meningy	11 - koža		4 - mimohruďníkové uzliny	8 - CNS	12 - diseminované	ak iné, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/>															
1 - pľúca	5 - kosti, kĺby - chrbtica	9 - močové ústrojenstvo	13 - peritoneum, tráviaci trakt																												
2 - pleura	6 - kosti, kĺby mimo chrbtice	10 - pohlavné ústrojenstvo	14 - iné <input type="checkbox"/>																												
3 - vnútrohruďníkové uzliny	7 - meningy	11 - koža																													
4 - mimohruďníkové uzliny	8 - CNS	12 - diseminované	ak iné, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/>																												
Výsledky vyšetrovaní pred začatím a po ukončení liečby	<b>I. Výsledky bakteriologických vyšetrovaní</b>																														
	<i>Pred začatím liečby:</i>																														
	<table style="width: 100%; font-size: 8px;"> <tr> <td><b>Mikroskopicky:</b></td> <td>1-pozitívne</td> <td>2-negatívne</td> <td>9-neznámy</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Kultivačne:</b></td> <td>1-pozitívne</td> <td>2-negatívne</td> <td>9-neznámy</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Molekulárno-biologicky:</b></td> <td>1-pozitívne</td> <td>2-negatívne</td> <td>9-neznámy</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Histologicky:</b></td> <td>1-pozitívne</td> <td>2-negatívne</td> <td>9-neznámy</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Dátum prvej pozitivity:</b></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>deň</td> <td>mesiac</td> <td>rok</td> <td></td> </tr> </table>	<b>Mikroskopicky:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>	<b>Kultivačne:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>	<b>Molekulárno-biologicky:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>	<b>Histologicky:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>	<b>Dátum prvej pozitivity:</b>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			deň	mesiac	rok	
	<b>Mikroskopicky:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>																										
	<b>Kultivačne:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>																										
	<b>Molekulárno-biologicky:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>																										
	<b>Histologicky:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>																										
	<b>Dátum prvej pozitivity:</b>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																											
		deň	mesiac	rok																											
	<i>Po ukončení liečby:</i>																														
<table style="width: 100%; font-size: 8px;"> <tr> <td><b>Mikroskopicky:</b></td> <td>1-pozitívne</td> <td>2-negatívne</td> <td>9-neznámy</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Kultivačne:</b></td> <td>1-pozitívne</td> <td>2-negatívne</td> <td>9-neznámy</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Molekulárno-biologicky:</b></td> <td>1-pozitívne</td> <td>2-negatívne</td> <td>9-neznámy</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Histologicky:</b></td> <td>1-pozitívne</td> <td>2-negatívne</td> <td>9-neznámy</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Dátum poslednej pozitivity:</b></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>deň</td> <td>mesiac</td> <td>rok</td> <td></td> </tr> </table>	<b>Mikroskopicky:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>	<b>Kultivačne:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>	<b>Molekulárno-biologicky:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>	<b>Histologicky:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>	<b>Dátum poslednej pozitivity:</b>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			deň	mesiac	rok		
<b>Mikroskopicky:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>																											
<b>Kultivačne:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>																											
<b>Molekulárno-biologicky:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>																											
<b>Histologicky:</b>	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>																											
<b>Dátum poslednej pozitivity:</b>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																												
	deň	mesiac	rok																												
<b> Pozitívny materiál </b>																															
<i>Pred začatím liečby:</i>																															
<table style="width: 100%; font-size: 8px;"> <tr> <td>1 - spútum</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2 - laryngeálny výmaz</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>3 - bronchiálny sekrét (BAL)</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>4 - moč</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>5 - hnis</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>6 - pleurálny punktát</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>7 - likvor</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>8 - menštruačná krv</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>9 - periférna lymfatická uzlina</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>10 - iný materiál</td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> </table>	1 - spútum	<input type="radio"/>	2 - laryngeálny výmaz	<input type="radio"/>	3 - bronchiálny sekrét (BAL)	<input type="radio"/>	4 - moč	<input type="radio"/>	5 - hnis	<input type="radio"/>	6 - pleurálny punktát	<input type="radio"/>	7 - likvor	<input type="radio"/>	8 - menštruačná krv	<input type="radio"/>	9 - periférna lymfatická uzlina	<input type="radio"/>	10 - iný materiál	<input style="width: 100px;" type="text"/>											
1 - spútum	<input type="radio"/>																														
2 - laryngeálny výmaz	<input type="radio"/>																														
3 - bronchiálny sekrét (BAL)	<input type="radio"/>																														
4 - moč	<input type="radio"/>																														
5 - hnis	<input type="radio"/>																														
6 - pleurálny punktát	<input type="radio"/>																														
7 - likvor	<input type="radio"/>																														
8 - menštruačná krv	<input type="radio"/>																														
9 - periférna lymfatická uzlina	<input type="radio"/>																														
10 - iný materiál	<input style="width: 100px;" type="text"/>																														
<i>Po ukončení liečby:</i>																															
<table style="width: 100%; font-size: 8px;"> <tr> <td>1 - spútum</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2 - laryngeálny výmaz</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>3 - bronchiálny sekrét (BAL)</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>4 - moč</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>5 - hnis</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>6 - pleurálny punktát</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>7 - likvor</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>8 - menštruačná krv</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>9 - periférna lymfatická uzlina</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>10 - iný materiál</td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> </table>	1 - spútum	<input type="radio"/>	2 - laryngeálny výmaz	<input type="radio"/>	3 - bronchiálny sekrét (BAL)	<input type="radio"/>	4 - moč	<input type="radio"/>	5 - hnis	<input type="radio"/>	6 - pleurálny punktát	<input type="radio"/>	7 - likvor	<input type="radio"/>	8 - menštruačná krv	<input type="radio"/>	9 - periférna lymfatická uzlina	<input type="radio"/>	10 - iný materiál	<input style="width: 100px;" type="text"/>											
1 - spútum	<input type="radio"/>																														
2 - laryngeálny výmaz	<input type="radio"/>																														
3 - bronchiálny sekrét (BAL)	<input type="radio"/>																														
4 - moč	<input type="radio"/>																														
5 - hnis	<input type="radio"/>																														
6 - pleurálny punktát	<input type="radio"/>																														
7 - likvor	<input type="radio"/>																														
8 - menštruačná krv	<input type="radio"/>																														
9 - periférna lymfatická uzlina	<input type="radio"/>																														
10 - iný materiál	<input style="width: 100px;" type="text"/>																														
<b>Typ mykobaktérií:</b> 1 - M. tuberculosis    3 - M. avium    5 - M. xenopi    7 - iné <input type="checkbox"/> 2 - M. bovis    4 - M. kansasii    6 - neznáme    ak iné, uveď: <input style="width: 100px;" type="text"/>																															

		II. Iné cieleňé vyšetrenia									
		Citlivosť na antituberkulotické lieky									
Výsledky vyšetrení pred začatím, počas a po ukončení liečby		Pred začatím liečby:					Počas liečby:				
		Výsledky vyšetrení pred začatím, počas a po ukončení liečby	INH - Isoniazid	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	INH - Isoniazid	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy
RIF - Rifampicín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	RIF - Rifampicín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
PZA - Pyrazinamid	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	PZA - Pyrazinamid	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
EMB - Etambutol	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	EMB - Etambutol	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
STM - Streptomycín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	STM - Streptomycín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Kanamycín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Kanamycín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Amikacín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Amikacín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Cykloserín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Cykloserín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Etionamid	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Etionamid	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Viomycín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Viomycín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Kapreomycín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Kapreomycín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Levofloxacín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Levofloxacín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Moxifloxacín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Moxifloxacín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Ofloxacín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Ofloxacín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Ciprofloxacín	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Ciprofloxacín	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Kyselina paraaminosalicylová	1 - citlivý		2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Kyselina paraaminosalicylová	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	
Bedaquilin	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Bedaquilin	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>		
Delamanid	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>	Delamanid	1 - citlivý	2 - rezistentný	9 - neznámy	<input type="checkbox"/>		
Laboratórium, sídlo: <input type="text"/>					Laboratórium, sídlo: <input type="text"/>						
RTG vyšetrenie/obraz: <u>Pred začatím liečby:</u>					RTG vyšetrenie/obraz: <u>Po ukončení liečby:</u>						
1 - s nálezom    2 - bez nálezu    3 - nevyšetrené <input type="checkbox"/>					1 - zlepšený    2 - nezmenený    3 - zhoršený    4 - neznámy <input type="checkbox"/>						
<b>Osobná anamnéza I. - minulosť</b>											
Očkovanie proti TBC:    1 - očkovaný    2 - neočkovaný    7 - neznámy <input type="checkbox"/> Ak očkovaný, uveď rok: <input type="text"/>											
Posledný test Mantoux II pred liečbou:    1 - áno    2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, uveď rok: <input type="text"/> a výsledok (mm): <input type="text"/>											
Pacient už mal v minulosti tuberkulózu?    1 - áno    2 - nie    9 - neznáme <input type="checkbox"/> Ak áno, uveď rok: <input type="text"/>											
Ak áno, bola vtedy liečená antituberkulotikami?    1 - áno    2 - nie    9 - neznáme <input type="checkbox"/>											
Ak áno, trvala liečba viac ako 4 týždne?    1 - áno    2 - nie    9 - neznáme <input type="checkbox"/>											
Ak áno, aký bol výsledok liečby?    1 - vyliečený    2 - liečba ukončená    3 - zlyhanie liečby    4 - prerušenie liečby    9 - neznáme <input type="checkbox"/>											
<b>Osobná anamnéza II. - súčasnosť</b>											
Spôsobom zistenia tuberkulózy:    1 - vyšetrenie pre obťaženie    2 - kontrola evidovaných    3 - vyšetrenie kontaktov    4 - prevencia 5 - pitva    6 - iný spôsob    7 - neznáme <input type="checkbox"/>											
<u>Trvanie ťažkostí pred prvým podozrením na tuberkulózu:</u> 1 - neboli    2 - do 1 mesiaca    3 - do 3 mesiacov    4 - viac ako 3 mesiace    9 - neznáme <input type="checkbox"/>											
<u>Hospitalizácia pre TBC:</u> 1 - áno    2 - nie <input type="checkbox"/> Ak áno, dátum: od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> deň    mesiac    rok    deň    mesiac    rok											
<u>HIV status:</u> 1 - HIV negativita    2 - HIV pozitivita    9 - neznáme <input type="checkbox"/>											
<u>Pridružené choroby (uveďte najviac tri):</u> diabetes mellitus <input type="radio"/> zhubný nádor <input type="radio"/> neznáme <input type="radio"/> duševná choroba <input type="radio"/> iné <input type="radio"/>											
<u>Pridružené iné podmienky:</u> alkoholik <input type="radio"/> toxikománia <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> liečba steroidmi <input type="radio"/> iné <input type="radio"/> (uveďte najviac tri)    bezdomovec <input type="radio"/> žije v DSS <input type="radio"/> žije v rómskej osade <input type="radio"/> <input type="text"/>											
<u>Liečba TBC:</u> 1 - nebola začatá    2 - začatá ambulantne    3 - začatá počas hospitalizácie    4 - neznáme    5 - úmrtie <input type="checkbox"/>											
<small>Začiatok liečby</small>											

		<b>Liečenie antituberkulotikami</b>														
		<i>Iniciálna fáza:</i>						<i>Pokračujúca fáza:</i>								
Priebeh liečby	Frekvencia liečby	1 - denne	2 - dvakrát týždenne	3 - trikrát týždenne				Frekvencia liečby	1 - denne	2 - dvakrát týždenne	3 - trikrát týždenne					
	<b>INH - Isoniazid</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>INH - Isoniazid</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>RIF - Rifampicín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>RIF - Rifampicín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>PZA - Pyrazínamid</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>PZA - Pyrazínamid</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>EMB - Etambutol</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>EMB - Etambutol</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>STM - Streptomycín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>STM - Streptomycín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>Kanamycín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Kanamycín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>Amikacín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Amikacín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>Cykloserín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Cykloserín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>Etionamid</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Etionamid</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>Viomycín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Viomycín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>Kapreomycín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Kapreomycín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>Levofloxacín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Levofloxacín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>Moxifloxacín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Moxifloxacín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>Ofloxacín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Ofloxacín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Ciprofloxacín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Ciprofloxacín</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Kyselina paraaminosalicylová</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Kyselina paraaminosalicylová</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Bedaquilin</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Bedaquilin</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Delamanid</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Delamanid</b>	1 - áno	2 - nie	<input type="checkbox"/>	ak áno, koľko dní:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Komplikácie liečenia antituberkulotikami (uved'te všetky):</b>																
		žiadne	<input type="radio"/>	GIT	<input type="radio"/>	očné	<input type="radio"/>	renálne	<input type="radio"/>	iné	<input type="text"/>					
		pečeňové	<input type="radio"/>	alergické	<input type="radio"/>	neurologické	<input type="radio"/>	nespolupráca	<input type="radio"/>	<input type="text"/>						
<b>Klinický obraz:</b>		1 - zlepšený	2 - nezmenený	3 - zhoršený	4 - zomrel	5 - neznáme	<input type="checkbox"/>									
<b>Vyhodnotenie liečby:</b>		1 - vyliečený	2 - ukončená liečba	3 - úmrtie	4 - zlyhanie liečby	5 - prerušenie liečby	<input type="checkbox"/>									
		6 - stále liečený	7 - prestávaný	8 - neznáme údaje	<input type="checkbox"/>											
<b>Chýbajú údaje o pacientovi, lebo:</b>		1 - odsťahoval sa na neznámu adresu	2 - odsťahoval sa mimo SR	3 - úmrtie	4 - neznáme	<input type="checkbox"/>										
Úmrtie	Ak pacient zomrel:	dátum úmrtia	<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"/>	<input type="text"/>			
			deň	mesiac	rok											
<b>Príčina smrti:</b>		1 - tuberkulóza	2 - iné	3 - neznáma	<input type="checkbox"/>	ak iná, uveď:	<input type="text"/>									
Poznámky	<b>Doplňujúce informácie:</b>															