

Hlásenie o pacientovi s cievnou mozgovou príhodou za rok 2013

Identifikačné údaje pacienta	Priezvisko: <input style="width: 150px;" type="text"/> Meno: <input style="width: 150px;" type="text"/> Trvalé bydlisko: <input style="width: 150px;" type="text"/> Okres: <input style="width: 150px;" type="text"/> Obec: <input style="width: 150px;" type="text"/> PSČ: <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>		Rodné číslo: <input style="width: 100px;" type="text"/> Dátum narodenia: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Pohlavie: 1- muž 2- žena <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	
	PRÍJEM DO NEMOCNICE / STAV PRI PRIJATÍ		PRVÉ KLINICKE PRÍZNAKY	
Príjem do nemocnice	Príjem 1: <i>aktuálny</i> (na pracovisko, ktoré hlási) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <i>deň mesiac rok hodina / minúta</i> Príjem 0: <i>len pri preklade / dátum-čas prijmu predchádzajúcej /1./ hospitalizácie</i> Dátum: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Čas: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Čas neznámy: <input type="checkbox"/> <i>deň mesiac rok hodina minúta</i>		Klinické príznaky pri prijatí: 1- kmeňové <input type="checkbox"/> 2- hemisferické <input type="checkbox"/> 3- lakunárne <input type="checkbox"/>	
	Stav pri prijatí: 1- s poruchou vedomia 2- bez poruchy vedomia <input type="checkbox"/> TK pri prijatí: <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> Torr 1- meraný tlak <input type="checkbox"/> 2- nemerateľný TK <input type="checkbox"/> 3- nemeraný TK <input type="checkbox"/>		TRANSPORT	
Anamnéza	OSOBNÁ ANAMNEZA		RODINNÁ ANAMNEZA	
	Chorobné stavy stav po TIA v minulosti <input type="checkbox"/> stav po ak.CMP v minulosti <input type="checkbox"/> stav po IM <input type="checkbox"/> dyslipidémia <input type="checkbox"/> arytmia <input type="checkbox"/> diabetes na PAD <input type="checkbox"/> diabetes na inzulín <input type="checkbox"/> hypertenzia(lieč.,nelieč.) <input type="checkbox"/> iné: <input style="width: 100px;" type="text"/>	Medikácia antihypertenzíva <input type="checkbox"/> hypolipemiká-statíny <input type="checkbox"/> orálne kontraceptíva <input type="checkbox"/> antikoagulancia <input type="checkbox"/> kyselina salicylová <input type="checkbox"/> iné antiagregancia <input style="width: 100px;" type="text"/> orálne diabetiká/inzulín <input type="checkbox"/> iné lieky: <input style="width: 100px;" type="text"/>	Rizikové faktory životného štýlu nefajčiar (nikdy nefajčil) <input type="checkbox"/> exfajčiar (viac ako 1 rok) <input type="checkbox"/> fajčenie posledných 5 rokov <input type="checkbox"/> fajčenie pred viac ako 5 rokmi <input type="checkbox"/> alkohol (denne 60g a viac) <input type="checkbox"/> nadváha,alebo obezita <input type="checkbox"/> iný RF: <input style="width: 100px;" type="text"/> (ak nie sú známe údaje o fajčení či alkohole, uveďte to v kolónke "iný").	(iba rodičia a súrodenci) hypertenzia <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> CMP <input type="checkbox"/> údaj neznámy <input type="checkbox"/>
Príbeh hospitalizácie	ZAČIATOK LIEČBY od prijatia na odd. podávajúce hlásenie			
	1- do 3 hodín		2- do 6 hodín	
	3- do 9 hodín		4- viac ako 9 hodín	
			5- údaj neznámy <input type="checkbox"/>	
LIEČBA NEINVAZÍVNA - FARMAKOTERAPIA		LIEČBA INVAZÍVNA		
trombolýza <input type="checkbox"/> antiagregancia <input type="checkbox"/> antitrombotiká <input type="checkbox"/>	hemoreologiká <input type="checkbox"/> hemodilúcia <input type="checkbox"/> kortikoidy <input type="checkbox"/>	MgSO ₄ <input type="checkbox"/> Manitol <input type="checkbox"/> nootropiká <input type="checkbox"/>	antibiotiká <input type="checkbox"/> antidepresíva <input type="checkbox"/> iné: <input style="width: 100px;" type="text"/> 1- áno 2- nie <input type="checkbox"/>	
KONEČNÁ KLINICKÁ DIAGNÓZA - typ CMP				
Hemoragická <input type="checkbox"/> 160.00-162.09 • subarachnoidná (I60.0 - I60.9) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input style="width: 30px;" type="text"/> • intracerebrálna (I61.0-I61.9) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input style="width: 30px;" type="text"/> • iné neúrazové (I62.00-I62.09) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input style="width: 30px;" type="text"/> Nešpecifikovaná apoplexia (I64) <input type="checkbox"/>		Ischemická <input type="checkbox"/> • TIA (G45.02 - G45.99) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input style="width: 30px;" type="text"/> • LIM (I63.0-I63.9),(G46.0-G46.8) <input type="checkbox"/> kód MKCH <input style="width: 30px;" type="text"/> zadať špecifikáciu cievného syndrómu reverzibilná ukončená <input type="checkbox"/> progredujúca <input type="checkbox"/> iná <input style="width: 100px;" type="text"/>		
ETIOPATOGENÉZA		VÝVOJ KLINICKÉHO STAVU		
Hemoragická CMP: 1- spontánna 5- z AV malformácie 2- z aneuryzmy 6- vaskulitída 3- hemorágia do tumoru 7- z nezisteného zdroja <input type="checkbox"/> 4- hemorágia do isch.ložiska 8- iné: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Ischemická CMP: 1- kardioembolická 5- iná (vypísať): <input style="width: 100px;" type="text"/> 2- aterotrombotická <input type="checkbox"/> 3- lakunárna <input type="checkbox"/> 4- kryptogénna <input type="checkbox"/>		
UKONČENIE HOSPITALIZÁCIE		PRÍČINA UMRTIA		
Ukončenie hospitalizácie: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> 1- Prepustenie domov <i>deň mesiac rok</i> 2- Prepustenie mimo rod.prostredia 3- Preklad <i>kam</i> <input style="width: 100px;" type="text"/> 4- Exitus čas exitu <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <i>hodina minúta</i>		1- Kompresia mozg.kmeňa (G93.5) 2- Pľúcna embólia (I26.0, I26.9) 3- Nutrič. a metab. poruchy (E90) 4- Edém mozgu (G93.6) 5- Akútny infarkt (I21.0-I22.9) 6- Iná príčina <input type="checkbox"/>		
Poznámky	Údaj do poznámky v elektr.formulári: V prípade prijatia pacienta z iného odd. uviesť príslušný časový údaj začiatku liečby z prekladajúceho odd. (príjem 0)			
	1- do 3 hod.		2- do 6 hod.	
3- do 9 hod.		4- viac ako 9 hod.		
		5- údaj neznámy <input type="checkbox"/>		
Údaj o lekárovi	Meno lekára: (vypĺňajúceho hlásenie)		Kód lekára: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	Dátum vyplnenia hlásenia: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		Podpis lekára: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
		Názov zdrav.zariadenia: <input style="width: 100px;" type="text"/>		
		Odd./klinika: <input style="width: 100px;" type="text"/>		