

HLÁSENIE O PACIENTOVI PO TRANSPLANTÁCH PEŮC

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania:	<input type="text"/>	Mesiac spracovania:	<input type="text"/>	
	IČO PZS:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Kód PZS:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Názov zariadenia:	<input type="text"/>			
	Meno lekára vyplňujúceho hlásenie:	<input type="text"/>			
	Kód lekára vyplňujúceho hlásenie:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dátum vyplnenia hlásenia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Identifikačné údaje pacienta	Meno:	<input type="text"/>	Priezvisko:	<input type="text"/>	
	Dátum narodenia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Rodné číslo:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Pohlavie:	1-žena <input type="checkbox"/>	2-muž <input type="checkbox"/>		
	Trvalé bydlisko (ul.č.d.):	<input type="text"/>	Trvalé bydlisko (obec):	<input type="text"/>	
Stanovenie diagnózy, pre ktorú došlo k transplantácii / čakacia doba	Stanovenie diagnózy (dátum)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mesiac	rok
	Histologizácia:	1- áno <input type="checkbox"/>	2-nie <input type="checkbox"/>		
	DDOT od dátumu:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mesiac	rok
	Počet mesiacov na čakacej listine:	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Poznámka:	<input type="text"/>				
Špecifikácia diagnózy pred transplantáciou	Špecifikácia diagnózy pred transplantáciou podľa MKCH 10:				
	1 - Chronická obštrukčná choroba pľúc	J44.99	5 - Histiocytóza	D76.0	
	2 - Pľúcna artériová hypertenzia	I27.0	6 - Lymfangiomiomyomatóza	Q85.1	
3 - Cystická fibróza	E84.2	7 - Retransplantácia pľúc	Z94.2		
4 - Idiopatická pľúcna fibróza	J84.9	8 - iné ochorenie		<input type="checkbox"/>	
	- podľa OMIM (vyplní NCZI):		<input type="text"/>		
	- podľa ORPHA (vyplní NCZI):		<input type="text"/>		
Transplantácia pľúc	Dátum transplantácie:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Vek v čase transplantácie:	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	Indukčná liečba	1-áno <input type="checkbox"/>	2-nie <input type="checkbox"/>	Dĺžka hospitalizácie v Transpl. centre (dni)	<input type="text"/>
	Poznámky:	<input type="text"/>			
Liečba, kombinácia imunosupresív	Liečba, kombinácia imunosupresív:				
	tacrolimus	1 - áno <input type="checkbox"/>	2 - nie <input type="checkbox"/>	prednison	1 - áno <input type="checkbox"/>
	cyklosporin A	1 - áno <input type="checkbox"/>	2 - nie <input type="checkbox"/>	iná liečba	1 - áno <input type="checkbox"/>
mykofenolát mofetil	1 - áno <input type="checkbox"/>	2 - nie <input type="checkbox"/>	ak iná, vypiš: <input type="text"/>		
Rejekcia	Akútna rejekcia				
	Histologicky (BSC) verifikovaná	dátum: <input type="text"/>		<input type="text"/>	rok
	Liečba:	1-áno <input type="checkbox"/>	2-nie <input type="checkbox"/>		
	perorálne kortikoidy	1-áno <input type="checkbox"/>	2-nie <input type="checkbox"/>		
	iné	1-áno <input type="checkbox"/>	2-nie <input type="checkbox"/>		
	ak iné, vypiš:	<input type="text"/>			
Chronická rejekcia					
Histologicky (BSC) verifikovaná	dátum: <input type="text"/>		<input type="text"/>	rok	
Liečba:	1-áno <input type="checkbox"/>	2-nie <input type="checkbox"/>	1-áno <input type="checkbox"/>	2-nie <input type="checkbox"/>	
perorálne kortikoidy	1-áno <input type="checkbox"/>	2-nie <input type="checkbox"/>	1-áno <input type="checkbox"/>	2-nie <input type="checkbox"/>	
iné	1-áno <input type="checkbox"/>	2-nie <input type="checkbox"/>	1-áno <input type="checkbox"/>	2-nie <input type="checkbox"/>	
ak iné, vypiš:	<input type="text"/>				
Spirometria pacienta po liečbe:	1 -bez zmien	2 - zlepšená	3- zhoršená	<input type="checkbox"/>	
Prítušné ochorenia	chronická kolonizácia DC	<input type="checkbox"/>	ak áno, vypiš druh :	<input type="text"/>	
	zhubné nádory	<input type="checkbox"/>	ak áno, vypiš typ :	<input type="text"/>	
	diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>			
	osteoporóza	<input type="checkbox"/>	dyslipidémia	<input type="checkbox"/>	
	respiračná insuficiencia	<input type="checkbox"/>	art.hypertenzia	<input type="checkbox"/>	
	iné	<input type="checkbox"/>	ak iné, vypiš:	<input type="text"/>	
Poznámka lekára k údajom pacienta/ alebo pre NCZI:					