

HLÁSENIE O PACIENTOVI S AKÚTNYM KORONÁRNÝM SYNDRÓMOM

rok 2015

Rok spracovania: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Mesiac spracovania: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Dátum vyplnenia hlásenia: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
Názov zariadenia: <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
Meno lekára vyplňujúceho hlásenie: <input style="width: 60%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	IČO PZS: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Kód lekára vyplňujúceho hlásenie: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Kód PZS: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Meno: <input style="width: 60%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Priezvisko: <input style="width: 60%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Pohlavie: 1- muž <input type="checkbox"/> 2- žena <input type="checkbox"/>	
Dátum narodenia: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Rodné číslo: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Vek: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <small>dopočíta NCZI</small>	
Trvalé bydlisko (ulica, č.d.): <input style="width: 80%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Obec: <input style="width: 60%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
PRÍJEM DO NEMOCNICE A KLINICKÝ STAV PACIENTA			
Príjem - aktuálny (na pracovisko, ktoré hlási) <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <small>deň mesiac rok hodina minúta</small>		Killip-Kimball pri prijatí pacienta s_AKS na oddelenie hlásiace pacienta I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III. <input type="checkbox"/> IV. <input type="checkbox"/>	
Príjem - predchádzajúci (hosp. v inom alebo v tom istom zdrav. zariadení - len pri preklade) Dátum: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <small>deň mesiac rok hodina minúta čas nezistený</small>		Killip-Kimball pri prijatí pacienta s_AKS z prekladajúceho oddelenia I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III. <input type="checkbox"/> IV. <input type="checkbox"/> údaj neznámy: <input type="checkbox"/>	
Ak preklad, odkiaľ? (odd./nemocnica): <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
ZÁVAŽNÉ CHOROBY/STAVY/ RF V ANAMNÉZE PACIENTA			
Art.hypertenzia- lieč. <input type="checkbox"/>	HLP-liečená <input type="checkbox"/>	Renálna insuficiencia <input type="checkbox"/>	Fajčenie (v súčasnosti alebo v posledných 5. rokoch) <input type="checkbox"/>
Art.hypertenzia-nelieč. <input type="checkbox"/>	HLP- neliečená <input type="checkbox"/>	PCI v minulosti <input type="checkbox"/>	Iný RF alebo doplňujúca informácia o chorobe/RF pacienta: <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
DM1 liečený <input type="checkbox"/>	IM v minulosti <input type="checkbox"/>	CABG v minulosti <input type="checkbox"/>	
DM2 liečený <input type="checkbox"/>	CMP v minulosti <input type="checkbox"/>	Obezita <input type="checkbox"/>	Negatívna anamnéza uvedených chorôb/RF pacienta: <input type="checkbox"/>
ŠPECIFIKÁCIA AKS (podľa dg. pri prepustení pacienta)			
1-STEMI <input type="checkbox"/>	2-NSTEMI <input type="checkbox"/>	3-NAP <input type="checkbox"/>	4- AKS s BETR <input type="checkbox"/>
INTERVENCIA U PACIENTA			
Trombolýza (prednemocničná/nemocničná): 1- áno 2- nie <input type="checkbox"/>		PCI: 1- áno 2- nie <input type="checkbox"/>	
UKONČENIE HOSPITALIZÁCIE		PRÍČINA ÚMRTIA - bezprostredná	
Ukončenie hospitalizácie: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <small>deň mesiac rok</small> 1 - Prepustenie -domov 2 - Prepustenie -mimo rodinného prostredia 3 - Preklad 4- Exitus <input type="checkbox"/> Ak preklad - kam: <input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Ak úmrtie, čas úmrtia: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <small>hodina minúta</small>		1- defekt kom.priehradky po AIM (I23.2) 5. Zlyhávanie EK, bližšie neurčené (I50.19) 10 - ruptúra papilárnych svalov (I51.2) 6. Flater komôr a fibrilácia komôr (I49.0) 2- hemoperikard po AIM (I23.0) 7. iná bližšie neurč.kardiálna príčina (I99) 3- AV blokáda 3.stupňa (I44.2) 8- cievna mozg. príhoda (I60-I64) 4-kardiogénny šok (R57.0) 9. iná nekardiálna príčina (R99)	
Informácia lekára pre NCZI: Ak pacient neabsolvoval Tr liečbu ani PCI, potvrďte to (kvôli kontrole intervencie) slovíčkom " <u>údaje o intervencii - OK</u> " v poznámke:			