

HLÁSENIE O PACIENTOVI S CHRONICKOU OBŠTRUKČNOU CHOROBOU PĽÚC ROK 2016

Hlásia ambulantní pneumológovia

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania: <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"/> Mesiac spracovania: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Dátum vyplnenia hlásenia: <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"/>
	Názov zariadenia: <input style="width: 150px;" type="text"/> IČO PZS: <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"/>
	Kód PZS: <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"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Meno a priezvisko lekára podávajúceho hlásenie: <input style="width: 150px;" type="text"/>
Identifikačné údaje pacienta	Meno: <input style="width: 100px;" type="text"/> Priezvisko: <input style="width: 150px;" type="text"/> Pohlavie (dopočítaný údaj) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	Dátum narodenia: <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"/> Rodné číslo: <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"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Vek (dopočítaný údaj) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	Trvalé bydlisko (ul.,číslo) : <input style="width: 150px;" type="text"/> Trvalé bydlisko (obec): <input style="width: 150px;" type="text"/>
O akého pacienta ide?	1 - dispenzarizovaný - CHOCHP zistená v roku hlásenia 2 - dispenzarizovaný- CHOCHP zistená v minulosti <input type="checkbox"/>
Stanovenie diagnózy, špecifikácia diagnózy a fajčenie	Stanovenie diagnózy: <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"/> <p style="font-size: small;">(ak neviete deň, napíšte 15) deň mesiac rok</p> Špecifikácia CHOCHP podľa MKCH-10: J44.80 - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 menej ako 35% n.h. J44.81 - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 od 35% do 50% n.h. J44.82 - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 od 50% do 70% n.h. J44.83 - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 od 70% n.h. J44.89 - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 neurčený <input style="width: 30px; height: 20px;"/> <input style="width: 30px; height: 20px;"/> <input style="width: 30px; height: 20px;"/> <input style="width: 30px; height: 20px;"/>
	Ak iná - uveď <input style="width: 150px;" type="text"/>
	Klasifikácia ochorenia podľa Národných smerníc pre diagnostiku a liečbu CHOCHP/GOLD 1 - GOLD A 2 - GOLD B 3 - GOLD C 4 - GOLD D <input type="checkbox"/>
	Fajčenie 3 - exfajčiar 6 - nefajčil (nikdy nefajčil) 8 - súčasný fajčiar- nie viac ako 5 rokov 9 - súčasný fajčiar - viac ako 5 rokov <input type="checkbox"/> <p style="font-size: x-small;">(čísla k fajčeniu zohľadňujú ich poradie vo vš. číselníku o fajčení)</p>
Poznámky - doplňujúca informácia lekára o pacientovi	