

HLÁSENIE O PACIENTOVI S NEUROMUSKULÁRNOU CHOROBOU

rok 2016

Identifikačná zariadenia	Rok spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mesiac spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> Dátum vyplnenia hlásenia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	IČO PZS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kód PZS: <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"/>
	Názov zariadenia: <input type="text"/> Meno lekára vyplňujúceho hlásenie: <input type="text"/>
Identifikačné údaje pacienta	Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <input type="text"/> Pohlavie: (dopočíta NCZI) <input type="checkbox"/> Vek <input type="text"/> <input type="text"/> (dopočíta NCZI):
	Dátum narodenia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rodné číslo: <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"/>
	Trvalé bydlisko (ul.,č.): <input type="text"/> Obec: <input type="text"/>
Klinické príznaky, stanovenie diagnózy	Prvé klinické príznaky: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Stanovenie diagnózy: <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"/> <input type="text"/>
	Iné závažné pridružené choroby: <input type="text"/>
	Poznámka: <input type="text"/>
Špecifikácia diagnózy	Diagnóza: výber z ponuky 1 - Bulbospinálna amyotrofia (M.Kennedy) - G12.2 2 - Familiárna amyloidná polyneuropatia - G60.8 3 - Akútna polyradikuloneuritída GBS - G61.0 4 - Chronická inflamatórna demyelinizačná polyneuropatia - G61.8a 5 - Multifokálna motorická neuropatia - G61.8b 6 - Myasténia gravis - G70.0 7 - Facioskapulohumerálna muskulárna dystrofia - G71.0 8 - Myotonická dystrofia MD1 a MD2 - G71.1a 9 - Kongenitálna paramyotónia Eulenburg - G71.1b 10 - Periodické paralýzy - G72.3 11 - Pompeho choroba - G73.6 12 - Polymyozitída - M33.2 13 - Dermatomyozitída - M33.9 14 - Inclusion body myositis - M60
	iná dg (uveď): <input type="text"/>
	– podľa OMIM (vyplní NCZI): <input type="text"/> – podľa ORPHA (vyplní NCZI): <input type="text"/>
Metodika určenia diagnózy	Metodika určenia diagnózy: DNA diagnostika <input type="checkbox"/> svalová biopsia <input type="checkbox"/> autoprotilátky proti špecifickým antigénom <input type="checkbox"/> EMG diagnostika <input type="checkbox"/> vyšetrenie CSL <input type="checkbox"/> enzymologická diagnostika <input type="checkbox"/> iné (vypíš) <input type="text"/>
Liečba	Liečba: kortikoterapia <input type="checkbox"/> IVIg <input type="checkbox"/> enzymatická substitučná liečba <input type="checkbox"/> imunosupresívna liečba - preparát <input type="checkbox"/> tymektómia <input type="checkbox"/> iná liečba <input type="text"/> plazmaferéza <input type="checkbox"/> monoklonová protilátka <input type="checkbox"/>
Charakteristika klinického stavu, dĺžka liečby	Charakteristika klinického stavu, dĺžka liečby A. Novodiagnostikovaný pacient (v roku hlásenia) <input type="checkbox"/> Klin. stav pacienta pri nastavení na liečbu (popis podľa uváženia: napr. typický klin.priebeh, s prevahou postih. x...): <input type="text"/>
	B. Dispenzarizovaný pacient dg. stanovená pred rokom hlásenia) <input type="checkbox"/> Stav pacienta pri kontrolách: – po 1 roku liečby: 1 - bez zmien 2 - zlepšený 3 - zhoršený <input type="checkbox"/> Ak 2, 3 možné upresniť: <input type="text"/> Bola potrebná zmena v liečbe? 1 - áno 2 - čiastočne 3 - nie <input type="checkbox"/> – po viac ako 1 ročnej liečbe: 1 - bez zmien 2 - zlepšený 3 - zhoršený <input type="checkbox"/> Ak 2, 3 možné upresniť: <input type="text"/> Bola potrebná zmena v liečbe? 1 - áno 2 - čiastočne 3 - nie <input type="checkbox"/> Celkové trvanie liečby (roky, ev.mesiace, uveď): <input type="text"/>
	Poznámka lekára k údajom pacienta/ alebo pre NCZI: <input type="text"/>