

# HLÁSENIE O PACIENTOVI S CIEVNOU MOZGOVOU PRÍHODOU

rok 2016

<b>Identifikačné zariadenia</b>	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"/>			
	Názov zariadenia: <input type="text"/> Meno lekára vyplňujúceho hlásenie: <input type="text"/>			
<b>Identifikačné údaje pacienta</b>	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"/>			
	Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <input type="text"/> Pohlavie: (dopočitany údaj) <input type="checkbox"/>			
	Dátum narodenia: (dopočitany údaj) <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"/> Vek: (dopočitany údaj) <input type="text"/> <input type="text"/>			
Trvalé bydlisko (ulica, č.d.): <input type="text"/> Obec: <input type="text"/>				
<b>PRVÉ KLINICKE PRÍZNAKY / TRANSPORT</b>				
<b>Prvé klinické príznaky</b> (skontrolujte si údaje):  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>deň mesiac rok hodina / minúta</i>		<b>Transport:</b> Typ: 1- primárny (priamo z terénu) <b>Spôsob transportu:</b> 2- sekundárny (transport z ambulancie iného zariadenia)      1- RZP/RLP 3- sekundárny (preklad z oddelenia / iného zariadenia)      2- Iný (akýkoľvek) 4- bez transportu (vznik CMP počas hospitalizácie v tom istom zdr. zariadení)      3- údaj sa nedá zistiť 5- údaj sa nedá zistiť		
<b>PRÍJEM DO NEMOCNICE / STAV PRI PRIJATÍ</b>				
Na centrálny príjem (CP):		1- áno   2- nie <input type="checkbox"/>	<i>Ak áno, uveď dátum a čas príjmu na CP</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Priamy príjem na oddelenie, ktoré hlási (bez CP):		1- áno   2- nie <input type="checkbox"/>	<i>Ak áno, uveď dátum a čas príjmu na oddelenie, ktoré hlási</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Na oddelenie, ktoré hlási (po CP):		1- áno   2- nie <input type="checkbox"/>	<i>Ak áno, uveď dátum a čas príjmu na oddelenie, ktoré hlási</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Preklad z inej nemocnice/ z iného odd. tej istej nemocnice na oddelenie, ktoré hlási:		1- áno   2- nie <input type="checkbox"/>	<i>Ak áno, uveď dátum a čas príjmu pri predchádzajúcej hospitalizácii</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Klinické príznaky pri prijatí:</b> 1 - kmeňové <input type="checkbox"/> 2 - hemisferické <input type="checkbox"/> 3 - lakunárne <input type="checkbox"/>		<b>Porucha vedomia:</b> 1- áno <input type="checkbox"/> 2- nie <input type="checkbox"/> ▶ NIHSS skóre <input type="text"/> <input type="text"/> ▶ mRankin skóre (1-6) <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>TK pri prijatí:</b> 1 - meraný TK <input type="checkbox"/> 2 - nameraný TK <input type="checkbox"/> 3 - nameraný TK <input type="checkbox"/>	<b>Hodnota TK:</b> systolický tlak <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> diastolický tlak <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>OSOBNÁ ANAMNEZA</b>				
<b>Sledované chorobné stavy:</b> stav po TIA      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> stav po hemoragickej CMP      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> stav po ischemickej CMP      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> stav po IM      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> diabetes na PAD      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> diabetes na inzulín      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> fibrilácia predsieni      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> iná porucha srdcového rytmu      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> hypertenzia      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> hypertenzia - liečená      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Iné závažné ochorenia (uveď): <input type="text"/>		<b>Medikácia</b> <b>Antihypertenzíva</b> <input type="checkbox"/> <b>Antikoagulancia</b> <input type="checkbox"/> betablokátor      1-áno 2-nie      1- warfarín      4- apixaban diuretiká      1-áno 2-nie      2- dabigatran      5- iné kalciové antagonisty      1-áno 2-nie      3- rivaroxaban      6- žiadne <input type="checkbox"/> ACE inhibítory      1-áno 2-nie      Ak iné, vypíš: <input type="text"/> sartany      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> iné antihypertenzíva <input type="text"/> <b>Antiagregancia</b> <b>Iné lieky</b> aspirín      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> hypolipemiká-statíny      1-áno 2-nie      clopidogrel      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> orálne kontraceptíva      1-áno 2-nie      iné antiagregancia <input type="text"/>		
<b>Rizikové faktory životného štýlu</b> <b>Fajčenie:</b> 3- exfajčiar <input type="checkbox"/> 6- nefajčiar (nikdy nefajčil) <input type="checkbox"/> 8- súčasné fajčenie - nie viac ako 5 rokov <input type="checkbox"/> 9- súčasné fajčenie - viac ako 5 rokov <input type="checkbox"/> (číslo k fajčeniu zohľadňujú ich poradie vo vs. číselníku o fajčení) <b>Alkohol:</b> alkohol (denne 60g a viac)      1-áno 2-nie 9- neznáme <input type="checkbox"/> <b>Nadváha alebo obezita:</b> 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Iný RF (uveď): <input type="text"/>				
<b>RODINNÁ ANAMNEZA (iba rodičia a súrodenci)</b>				
CMP   1-áno 2- nie 9-úďaj neznámy <input type="checkbox"/>		Hypertenzia   1-áno 2- nie 9-úďaj neznámy <input type="checkbox"/>		
		IM   1-áno 2- nie 9-úďaj neznámy <input type="checkbox"/>		
<b>CT VYŠETRENIE A LIEČBA</b>				
<b>CT vyšetrenie:</b> 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>		dátum a čas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>deň mesiac rok hodina minúta</i>		
Začiatok liečby pacienta:		dátum a čas: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>deň mesiac rok hodina minúta</i>		
<b>Neinvazívna liečba:</b> Trombolýza - podanie      1- na odd.ktoré hlási <input type="checkbox"/> 2- na predchádzajúcom odd. <input type="checkbox"/> 3- nepodaná trombolýza <input type="checkbox"/> <i>Pri uvedení možnosti 1 alebo 2, uveď dátum a čas</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>deň mesiac rok hodina minúta</i> <b>Antiagregancia</b> Aspirín      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Iné antiagregancia (vypíš): <input type="text"/>				
Heparín LMW      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Heparín antikoagulácia      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Orálne antikoagulancia      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Cerebrolyzín      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Manitol      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>		Antidepresíva      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Antibiotiká      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Kortikoidy      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Nootropiká      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> MgSO <sub>4</sub> 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Iné: (vypísať) <input type="text"/>		
<b>Invazívna liečba:</b> Endovaskulárny výkon      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Chirurgický výkon      1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>				

KONEČNÁ KLINICKÁ DIAGNÓZA - typ CMP	
<b>Konečná diagnóza</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p><b>Typ CMP - základné delenie:</b></p> <p><b>1. Hemoragická</b></p> <p>Špecifikácia klinickej dg. CMP: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Špecifikácia kódu dg. CMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> subarachnoidálna (I60.0 - I60.9) kód MKCH <input type="text" value="1"/><input type="text" value="6"/><input type="text" value="0"/><input type="text"/></li> <li><input type="checkbox"/> intracerebrálna (I61.0-I61.9) kód MKCH <input type="text" value="1"/><input type="text" value="6"/><input type="text" value="1"/><input type="text"/></li> <li><input type="checkbox"/> iné neúrazové (I62.00-I62.09) kód MKCH <input type="text" value="1"/><input type="text" value="6"/><input type="text" value="2"/><input type="text"/></li> </ul> </div> <div style="width: 30%;"> <p><b>2. Ischemická</b></p> <p>Špecifikácia klinickej dg. CMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> TIA (G45.02 - G45.99)</li> <li><input type="checkbox"/> LIM (I63.0-I63.9),(G46.0-G46.8)</li> </ul> <p>Upresenie topografie LIM (G46):</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>1 - reverzibilná</p> <p>2 - ukončená</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>3 - progredujúca</p> <p>4 - iná <input type="text"/></p> <p>iná (vypíšte): <input type="text"/></p> </div> </div> </div> <div style="width: 30%;"> <p><b>3. Nešpecifikovaná apoplexia (I64)</b></p> <p>Špecifikácia kódu dg. CMP:</p> <p>kód MKCH <input type="text" value="G"/><input type="text" value="4"/><input type="text" value="5"/><input type="text"/></p> <p>kód MKCH <input type="text" value="I"/><input type="text" value="6"/><input type="text" value="3"/><input type="text"/></p> <p>kód MKCH <input type="text" value="G"/><input type="text" value="4"/><input type="text" value="6"/><input type="text"/></p> </div> </div>
ETIOPATOGENÉZA	
<b>Etiopatogenéza</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>Hemoragická CMP:</b></p> <p>1- spontánna      4- hemorágia do isch.ložiska      7- z nezisteného zdroja</p> <p>2- z aneuryzmy      5- z AV malformácie      8- iné: <input type="text"/></p> <p>3- hemorágia do tumoru      6- vaskulitida      Ak iná hemor. CMP, vypíš: <input type="text"/></p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><b>Ischemická CMP:</b></p> <p>1- kardioembolická      2- aterotrombotická      3- lakunárna</p> <p>4- kryptogénna      5- iná <input type="text"/></p> <p>Ak iná ischemická CMP, vypíš: <input type="text"/></p> </div> </div>
UKONČENIE HOSPITALIZÁCIE	
<b>Ukončenie hospitalizácie</b>	<p><b>Dátum ukončenia hospitalizácie:</b> <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"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">deň      mesiac      rok      hodina      minúta</p> <p><b>Bola hospitalizácia pacienta na Vašom oddelení dlhšia ako 40 dní?</b> <input type="text"/> 1-áno 2-nie <input type="text"/></p> <p><b>Spôsob ukončenia hospitalizácie:</b> <input type="text"/></p> <p>1- Prepustenie domov</p> <p>2- Prepustenie mimo rodinného prostredia</p> <p>3- Preklad <input type="checkbox"/> <b>Ak preklad, kde:</b> 1-rehabilitačné odd.      2-doliečovacie odd.      3-iné akútne odd. <input type="text"/></p> <p>4- Exitus <input type="checkbox"/> <b>Ak exitus, čas exitu:</b> <input type="text"/><input type="text"/> / <input type="text"/><input type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">hodina      minúta</p> <p><b>Pričina exitu:</b></p> <p>1- Kompresia mozg. kmeňa (G93.5)      4- Edém mozgu (G93.6)</p> <p>2- Pľúcna embólia (I26.0, I26.9)      5- Akútny infarkt myokardu (I21.0-I22.9)</p> <p>3- Nutrič. a metab. poruchy (E90)      6- Iná príčina <input type="text"/></p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Ak iná, vypíš: <input type="text"/></p> <p><b>Zhodnotenie klinického stavu:</b></p> <p>NIHSS skóre <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>mRankin skóre (od 1-6) <input type="text"/><input type="text"/></p>
<b>Časové intervaly</b>	<p><b>Odporúčaná liečba pri prepustení pacienta - ide o pacienta s fibriláciou predsieni?</b> 1-áno 2-nie <input type="text"/></p> <p><b>Antiangregácia</b></p> <p><input type="checkbox"/> ASA      1-áno 2-nie <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Clopidogrel      1-áno 2-nie <input type="text"/></p> <p><b>Antikoagulácia</b></p> <p><input type="checkbox"/> Warfarín      1-áno 2-nie <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Dabigatran      1-áno 2-nie <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Rivaroxaban      1-áno 2-nie <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Apixaban      1-áno 2-nie <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> heparín LMW      1-áno 2-nie <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> heparín antikoagulácia      1-áno 2-nie <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> iné (vypíš) <input type="text"/></p> <p><b>Iná liečba</b></p> <p><input type="checkbox"/> statín      1-áno 2-nie <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> nootropiká      1-áno 2-nie <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> antidepresíva      1-áno 2-nie <input type="text"/></p> <p>Poznámky na doplnenie, ev. upresnenie liečby: <input type="text"/></p>
Časové intervaly (nevyplňovať - dopočíta sa automaticky)	
<b>Časové intervaly</b>	<p>čas A (klinické príznaky/CP) <input type="text"/><input type="text"/> / <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>čas B (klinické príznaky/priamo na oddelenie) <input type="text"/><input type="text"/> / <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>čas C (klinické príznaky/CT) <input type="text"/><input type="text"/> / <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>čas D (klinické príznaky/začiatok liečby) <input type="text"/><input type="text"/> / <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>čas E (CP/oddelenie) <input type="text"/><input type="text"/> / <input type="text"/><input type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">hodina      minúta</p>
Poznámky	
<b>Poznámky</b>	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">Poznámky</p>