

HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZHUBNÝM NÁDOROM HISTOPATOLOGICKÁ / CYTOLOGICKÁ VERIFIKÁCIA CHOROBY PATOLÓGOM

ROK 2017

Hlásenie podávajú (exportujú) patologické pracoviská

* = povinný údaj

0 Identifikácia hlásenia a patologického pracoviska

Rok spracovania:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *	Mesiac spracovania:	<input type="text"/> <input type="text"/> *
IČO (8 znakov):	<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 (12 znakov):	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *
Názov zariadenia:	<input type="text"/>		
Dátum expedovania údajov:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

1 Identifikácia indikujúceho pracoviska - žiadateľ a vyšetrenia

IČO (8 znakov):	<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 (12 znakov):	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Oddelenie / ambulancia (názov):	<input type="text"/>		
uveďte v prípade, ak nie sú známe údaje IČO alebo Kód PZS indikujúceho pracoviska			
Ziadateľ vyšetrenia (meno a priezvisko lekára):	<input type="text"/>		

2 Identifikačné údaje pacienta

Meno:	<input type="text"/> *	Rodné číslo:	<input type="text"/> *
Priezvisko:	<input type="text"/> *	Trvalé bydlisko (obec):	<input type="text"/>

3 Vybrané údaje o vzorke, výsledok vyšetrenia histopatológom

Diagnóza/diagnózy pacienta podľa žiadajúceho lekára: (výber z MKCH-10)	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dátum odberu/príjmu vzorky:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *
Výsledok - nález (popis):	<input type="text"/>		

Záver patológa

Diagnóza/diagnózy podľa MKCH-10:	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *	2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TNM – klasifikácia:	SNOMED-T / Topografická diagnóza:		
T _____ pT _____	<input type="text"/>		
N _____ pN _____			
M _____ pM _____	SNOMED-M / Morfológická/histologická diagnóza (podľa ICD-O3): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *		
Stupeň diferenciácie (grading):	<input type="text"/>		

4 Poznámky histopatológa:

<input type="text"/>

Odoslané:

Pečiatka, podpis:
