

HLÁSENIE OSOBY S DEDIČNOU, GENETICKOU A ZRIEDKAVOU CHOROBOU

rok 2018

Identifikácia 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"/>
	Názov zariadenia: <input type="text"/>
Identifikácia zariadenia	Meno lekára vyplňujúceho hlásenie: <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"/>
Údaje o pacientovi / probandovi	MODUL 1: Údaje o pacientovi/probandovi
	MODUL 2: Základné identifikačné údaje probanda/pacienta
	Hlásenie VCH sa týka pacienta:
	1 - sporadického
	2 - zo známeho rodokmeňa
3 - z neznámeho rodokmeňa <input type="checkbox"/>	
Údaje o pacientovi / probandovi	Priezvisko <input type="text"/>
	Meno <input type="text"/>
Údaje o pacientovi / probandovi	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"/>
	Dátum narodenia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (automaticky dopočítaný údaj)
Údaje o pacientovi / probandovi	Pohlavie 1- muž 2- žena <input type="checkbox"/>
	(automaticky dopočítaný údaj)
Údaje o pacientovi / probandovi	Asymptomatický nosič dominantnej mutácie <input type="radio"/>
	Adresa trvalého bydliska (ulica, č.d.) <input type="text"/> Národnosť (výber): <input type="text"/>
Údaje o pacientovi / probandovi	Obec trvalého bydliska (výber z ponuky): <input type="text"/>
	<input type="text"/>
Názov choroby/diagnózy a klasifikácia diagnózy, DNA vyšetrenie	MODUL 3: Názov choroby/diagnózy a klasifikácia diagnózy, DNA vyšetrenie
	Podrobná diagnóza slovnou:
	Monogénová choroba (uved' názov) (je kódovaná všetkými tromi kódmi:ICD10,OMIM,ORPHA):
	Chromozómová anomália (popisuje sa podľa štandardov, kóduje sa všetkými tromi kódmi, ak sú zistiteľné):
	Klinicko-genetický syndróm (dá sa niekedy klasifikovať všetkými tromi kódovacími systémami):
	Klasifikácia diagnózy, DNA vyšetrenie
	Diagnóza podľa MKCH - 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uved' inú diagnózu, ak nebola vo výbere MKCH: <input type="text"/>
ORPHA kód <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Diagnóza podľa McKusicka (OMIM) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Karyotyp (symbol) <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 choroby/diagnózy a klasifikácia diagnózy, DNA vyšetrenie	Výsledok DNA analýzy :
	DNA odobratá:
	1 - áno <input type="checkbox"/>
Názov choroby/diagnózy a klasifikácia diagnózy, DNA vyšetrenie	2 - nie <input type="checkbox"/>
	9 - neznámy/neudany <input type="checkbox"/>
Doplňme informácií o pacientovi/probandovi	
	Podpis lekára: <input type="text"/>