

HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZRIEDKAVOU CHOROBU II

ROK 2019

Hlásia: príslušné expertízne/specializované pracoviská zaoberajúce sa ZCH

| | |
|------------------------------|--|
| Identifikácia zariadenia | Rok spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mesiac spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Názov zariadenia: <input type="text"/> |
| | Priezvisko, meno, titul lekára: <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Dátum vyplnenia hlásenia (uvádzajte dátum do 31.12. za hlásený rok) <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"/> |
| Identifikačné údaje pacienta | Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <input type="text"/> |
| | Dátum narodenia: <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | (dopočítaný údaj) Trvalé bydlisko (ul., č.): <input type="text"/> Obec: <input type="text"/> |
| | Pohlavie: (dopočítaný údaj) <input type="checkbox"/> Vek: (dopočítaný údaj) <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Špecifikácia pacienta | Ide o pacienta s novodiagnostikovanou zriedkavou chorobou (ZCH) v hlásenom roku? 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> |
| | Ak nie, uveďte rok stanovenia diagnózy: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>rok</small> |
| | Ide o pacienta zaradeného do retrospektívneho hlásenia Projektu ZCH_2019? 1- áno 2-nie <input type="checkbox"/> <small>Posledný deň v roku stanovenia zriedkavej choroby (pomocný systémový dátum) : (dopočítaný údaj)</small> |
| Špecifikácia diagnózy | MKCH-10 (kód, popis z e-výberu): <input type="text"/> |
| | Upresnenie ZCH, ak v MKCH táto dg. nie je dostatočne špecifikovaná: <input type="text"/> |
| | OMIM <input type="text"/> ORPHA <input type="text"/> |
| Iná informácia | Doplňujúce informácie o pacientovi, ak je to potrebné: <input type="text"/> |
| | Ak dieťa ešte nemalo pridelené kompletné rč, tak uveďte rč matky: <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"/> |
| Poznámka | <input type="text"/> |