

HĽASENIE O PACIENTOVI S CIEVNOU MOZGOVOU PRÍHODOU

rok 2019

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania: <input type="text"/>	Mesiac spracovania: <input type="text"/>	
	Názov zariadenia: <input type="text"/>	Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input type="text"/>	
Identifikačné údaje pacienta	IČO PZS: <input type="text"/>	Kód PZS: <input type="text"/>	
	Dátum vyplnenia hlásenia (uvádzajte dátum do 31.12. za hlásený rok): <input type="text"/>		
	Meno: <input type="text"/>	Priezvisko: <input type="text"/>	
	Dátum narodenia: (dopočítaný údaj) <input type="text"/>	Rodné číslo: <input type="text"/>	
Príjem do nemocnice a stav pri prijatí	Trvalé bydlisko (ulica, č.d.): <input type="text"/>	Obec: <input type="text"/>	
	Pohlavie: (dopočítaný údaj) <input type="checkbox"/>	Vek: (dopočítaný údaj) <input type="text"/>	
	PRVÉ KLINICKÉ PRÍZNAKY / TRANSPORT		
	Prvé klinické príznaky (dátum): <input type="text"/>	Prvé klinické príznaky (čas): <input type="text"/>	
	deň mesiac rok	hodina / minúta	
	Ak sa čas nedá upresniť, vyber predpokladaný čas: 1 - pred 2 hod. 3 - pred 6 hodinami 9 - nedá sa určiť		
	2 - pred 4 hodinami 4 - pred viac ako 6 hodinami <input type="checkbox"/>		
	Transport: Typ: 1 - primárny (priamo z terénu) 2 - sekundárny (z ambulancie: A - tej istej nemocnice/ B - z inej ambulancie) 3 - sekundárny (preklad: A - z oddelenia tej istej nemocnice/ B - inej nemocnice) 4 - bez transportu (vznik CMP počas hospitalizácie v tej istej nemocnici) 5 - údaj sa nedá zistiť	Spôsob transportu: 1 - RZP/RLP 2 - Iný (akýkoľvek) alebo bez transportu 3 - údaj neznaný	
	Ak typ transportu 2 alebo 3, špecifikuj A alebo B <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
	PRÍJEM DO NEMOCNICE A PREKLAD / STAV PRI PRIJATÍ		
Dátum a čas odovzdania pacienta lekárovi nemocnice, ktorá hlási ("door" nemocnice): <input type="text"/>	Ak preklad (medzi nemocnicami): Dátum a čas odchodu z 1. nemocnice (sanitkou): <input type="text"/>		
deň mesiac rok hodina / minúta	deň mesiac rok hodina / minúta		
Bol pacient v akútnom štádiu hospitalizovaný na JIS alebo inom akútnom odd.(napr.ARO)?			
1- áno, v nemocnici, ktorá CMP hlási			
2- áno, v inej nemocnici			
3- nie <input type="checkbox"/>			
Poznámky: <input type="text"/>			
Klinické príznaky pri prijatí:	Porucha vedomia: 1 - áno 2 - nie	TK pri prijatí:	Hodnota TK:
1 - kmeňové	▶ NIHSS skóre	1 - meraný TK	systolický tlak
2 - hemisferické	▶ mRankin skóre (0-6)	2 - nemerateľný TK	diastolický tlak
3 - lakunárne <input type="checkbox"/>		3 - nemeraný TK <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
OSOBNÁ ANAMNÉZA			
Sledované chorobné stavy:	Medikácia:	Antikoagulácia (výber):	
stav po TIA 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	<u>Antihypertenzíva</u>	1 - warfarín	5 - edoxaban
stav po hemoragickej CMP 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	betablokátery 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	2 - dabigatran	98 - iné
stav po ischemickej CMP 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	diuretiká 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	3 - rivaroxaban	99 - žiadne
stav po infarkte myokardu 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	blokátory kalciových kanálov 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	4 - apixaban <input type="checkbox"/>	
diabetes mellitus - OAD 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	ACE inhibítory 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	Ak iné, vyplíš: <input type="text"/>	
diabetes mellitus - inzulín 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	sartany 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	<u>Antiagregácia</u>	
fibrilácia predsiení 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	iné antihypertenzíva <input type="text"/>	aspirín 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	
iná porucha srdcového rytmu 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	<u>Iné lieky</u>	clopidogrel 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	
arteriálna hypertenzia 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	hypolipemiká-statíny 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	iné antiagregácia: <input type="text"/>	
Ide o liečenú arter. hypertenziu? 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	orálne kontraceptíva 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>		
iné závažné ochorenia (uved): <input type="text"/>			
Rizikové faktory životného štýlu			
Fajčenie: (Čísla k fajčeniu zohľadňujú ich poradie vo vš. číselníku o fajčení)			
3 - exfajčiar 6 - nefajčiar (nikdy nefajčil)		8 - súčasné fajčenie - nie viac ako 5 rokov	9 - súčasné fajčenie - viac ako 5 rokov <input type="checkbox"/>
Alkohol: alkohol (denne 60g a viac)	1 - áno 2 - nie 9 - neznáme	Iný rizikový faktor (uved): <input type="text"/>	
Nadváha alebo obezita:	1 - áno 2 - nie 9 - neznáme		
RODINNÁ ANAMNÉZA (iba rodičia a súrodenci)			
CMP: 1-áno 2-nie 9- údaj neznámy <input type="checkbox"/>	Hypertenzia: 1-áno 2-nie 9- údaj neznámy <input type="checkbox"/>	Infarkt myokardu: 1-áno 2-nie 9- údaj neznámy <input type="checkbox"/>	
VYŠETRENIA			
Primárne rádiologické vyšetrenie:	1 - CT v nemocnici, ktorá hlási	3 - MR v nemocnici, ktorá hlási	5 - bez CT/MR <input type="checkbox"/>
	2 - CT v inom zdravotníckom zariadení	4 - MR v inom zdravotníckom zariadení	
Išlo o CT/MR angio?	1 - áno 2 - nie 9 - neznámy <input type="checkbox"/>		
Ak CT/MR, uveď dátum a čas:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
deň mesiac rok hodina / minúta			

VÝŠETRENIA	
Výšetrenie	<p>Výšetrenie dysfágie: 1 - iba klinické 2 - špecifická metóda 3 - nevyšetrené</p> <p>Pri 1. alebo 2. možnosti bolo vyšetrenie dysfágie: 1 - do 24 hodín 2 - po 24 hodínach</p> <p>Ak bola dysfágia vyšetrená špecifickou metódou, výber z možností:</p> <p>1 - Gugging Swallowing Screen - GUSS 3 - Acute Stroke Dysphagia Screening Tool - ASDST</p> <p>2 - Water Swallow Test - WST 4 - The Toronto Bedside Swallowing Screening Test - TOR-BSST</p> <p>5 - Massachusetts General Hospital, Swallow screening tool - MGH 6 - iné</p>
	<p>Výšetrenie karotíd do 7 dní od prijatia:</p> <p>1 - áno</p> <p>2 - nie</p>
Liečba	<p>LIEČBA</p>
	<p>NEINVAZÍVNA liečba:</p> <p>Trombolytická liečba 1 - v nemocnici, ktorá CMP hlási 2 - v inej nemocnici 3 - nepodaná</p> <p>Pri uvedení možnosti 1 alebo 2, uveď dátum a čas: <input type="text"/> deň <input type="text"/> mesiac <input type="text"/> rok <input type="text"/> hodina / <input type="text"/> minúta</p> <p>Ak v inej nemocnici, výber z číselníka: <input type="text"/> Poznámky: <input type="text"/></p> <p>Ak trombolytická liečba nepodaná, uveď začiatok netrombolytickej liečby (dátum, čas): <input type="text"/> deň <input type="text"/> mesiac <input type="text"/> rok <input type="text"/> hodina / <input type="text"/> minúta</p> <p>Antiagreganciá:</p> <p>Aspirín 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Iné antiagreganciá (vypíš): <input type="text"/></p> <p>Heparín LMW 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Cerebrolyzín 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Kortikoidy 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Heparín antikoagulácia 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Manitol 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Nootropiká 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Heparín LMW-profylaxia VTE 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Antidepresíva 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> MgSO₄ 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Orálne antikoagulanciá 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Antibiotiká 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/> Iné (vypísať) <input type="text"/></p>
	<p>INVAZÍVNA liečba: 1 - vykonaná v nemocnici, ktorá hlási 2 - vykonaná v inej nemocnici 3 - preklad pre plánovaný endovaskulárny výkon v inej nemocnici 9 - nebol vykonaný</p> <p>Ak endovaskulárny výkon v inej nemocnici, výber z číselníka: <input type="text"/> Ak je uvedená možnosť 1 alebo 2, uveď:</p> <p>Endovaskulárny výkon: Dátum a čas zahájenia endovask. výkon ("groin time"): <input type="text"/> deň <input type="text"/> mesiac <input type="text"/> rok <input type="text"/> hodina / <input type="text"/> minúta</p> <p>Dátum a čas rekanalizácie: <input type="text"/> deň <input type="text"/> mesiac <input type="text"/> rok <input type="text"/> hodina / <input type="text"/> minúta</p>
	<p>Stupeň rekanalizácie - TICÍ (číselník) :</p> <p>000 - žiadna perfúzia</p> <p>010 - minimálna perfúzia, kontrastná látka preniká za miesto uzáveru, ale bez plnenia distálnych vetiev</p> <p>02a - čiastočná perfúzia s inkompletným plnením distálnych vetiev (2/3 teritória danej tepny)</p> <p>02b - čiastočná perfúzia so spomaleným plnením distálnych vetiev</p> <p>030 - kompletná perfúzia všetkých distálnych vetiev</p> <p>090 - údaj neznámy</p> <p>Došlo počas výkonu rekanalizácie k symptomatickému krvácaniu? 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Ak endovaskulárny výkon v inej nemocnici, výber z číselníka: <input type="text"/></p> <p>Poznámka k invazívnej liečbe: <input type="text"/></p> <p>Neurochirurgická operácia/výkon: 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p>
Konečná diagnóza	<p>KONEČNÁ KLINICKÁ DIAGNÓZA - typ CMP</p>
	<p>1. Hemoragická <input type="checkbox"/> 2. Ischemická <input type="checkbox"/> 3. Nešpecifikovaná (I64) <input type="checkbox"/></p> <p>• subarachnoidálna (I60.0 - I60.9) <input type="checkbox"/> I 6 0 <input type="checkbox"/></p> <p>• intracerebrálna (I61.0-I61.9) <input type="checkbox"/> I 6 1 <input type="checkbox"/></p> <p>• iné neúrazové (I62.00-I62.09) <input type="checkbox"/> I 6 2 <input type="checkbox"/></p> <p>• TIA (G45.02 - G45.99) <input type="checkbox"/> G 4 5 <input type="checkbox"/></p> <p>• LIM (I63.0-I63.9),(G46.0-G46.8) <input type="checkbox"/> I 6 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Topografia LIM <input type="checkbox"/> G 4 6 <input type="checkbox"/></p> <p>1-reverzibilná 3-progredujúca</p> <p>2-ukončená 4-iná <input type="checkbox"/></p> <p>iná(vypíš) <input type="text"/></p>
Etiopatogenéza	<p>ETIOPATOGENÉZA</p>
	<p>Hemoragická CMP:</p> <p>1 - spontánna 6 - vaskulitída</p> <p>2 - z aneuryzmy 7 - z nezisteného zdroja</p> <p>3 - hemorágia do tumoru 8 - iné: <input type="checkbox"/></p> <p>4 - hemorágia do isch.ložiska Ak iná hemor.CMP, vypíš: <input type="text"/></p> <p>5 - z AV malformácie</p> <p>Ischemická CMP (platí len pre LIM):</p> <p>1- kardioembolická 5- iná etiopatogenéza</p> <p>2- aterotrombotická 9 - neznáme</p> <p>3- lakunárna Ak iná ischemická CMP, vypíš: <input type="text"/></p> <p>4- kryptogénna</p>
Ukončenie hospitalizácie, klinický stav a liečba pri prepustení	<p>UKONČENIE HOSPITALIZÁCIE, KLINICKÝ STAV A LIEČBA PRI PREPUSTENÍ</p>
	<p>Dátum a čas ukončenia hospitalizácie: <input type="text"/> deň <input type="text"/> mesiac <input type="text"/> rok <input type="text"/> hodina / <input type="text"/> minúta</p> <p>Bola hospitalizácia pacienta na Vašom oddelení dlhšia ako 40 dní? 1-ano 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Spôsob ukončenia hospitalizácie:</p> <p>1- Prepustenie domov 2- Prepustenie mimo domáceho prostredia 3- Preklad - iné odd. / zdr. zariadenie 4- Exitus</p> <p>► Ak preklad, kde: 1-rehabilitačné odd. 2-doliečovacie odd. 3-iné akútne odd.</p> <p>► Ak exitus, čas exitu: <input type="text"/> hodina / <input type="text"/> minúta</p> <p>► Príčina exitu: Ak iná, vypíš: <input type="text"/></p> <p>1- Kompresia mozg.kmeňa (G93.5) 4- Edém mozgu (G93.6)</p> <p>2- Plúcna embólia (I26.0, I26.9) 5- Akútny infarkt myokardu (I21.0-I22.9)</p> <p>3- Nutrič. a metab. poruchy (E90) 6- Iná príčina</p>
	<p>Zhodnotenie klinického stavu: NIHSS skóre <input type="text"/> mRankin skóre od 0 do 6 <input type="text"/></p> <p>Chôdza 10m bez pomoci pri prepustení: 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p>
	<p>Odporúčaná liečba pri prepustení pacienta a informácia o FP (pri úmrtí pacienta sa nevyplňa):</p> <p>Išlo o pacienta s fibriláciou predsieni? 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Antiagreganciá</p> <p>► ASA 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>► Clopidogrel 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Antikoagulanciá</p> <p>► Warfarin 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>► Dabigatran 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>► Rivaroxaban 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>► Apixaban 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>► Edoxaban 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>► Heparín LMW 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>► Heparín antikoagulácia 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>► Heparín LMW - profylaxia VTE 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>► iná liečba (vypíš) bez liečby (dôvod) <input type="text"/></p> <p>Iná liečba</p> <p>► statín 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>► nootropiká 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>► antidepresíva 1-áno 2-nie <input type="checkbox"/></p> <p>Poznámky na doplnenie, ev. upresnenie liečby: <input type="text"/></p>
Poznámky	<p><input type="text"/></p>