

HLÁSENIE O PACIENTOVI S DIABETES MELLITUS - DETI

rok 2019

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"/>																																																																		
	Názov zariadenia: (dopočítaný údaj): <input type="text"/>																																																																		
	Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <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"/>																																																																		
Identifikácia pacienta	Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <input type="text"/>																																																																		
	Dátum narodenia: (dopočítaný 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"/>																																																																		
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo): <input type="text"/> Obec: <input type="text"/>																																																																		
	Pohlavie (dopočítaný údaj): <input type="text"/> Vek (dopočítaný údaj): <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																		
Stanovenie diagnózy DM	Dátum zistenia diabetu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Typ diabetu: 1- typ 1 (IDDM) 2- typ 2 (NIDDM) 3- gestačný <input type="checkbox"/> 4- patologický OGTT 5- typ iný <input type="checkbox"/>																																																																		
	ak iný, uveď: (napr: MODY) <input type="text"/>																																																																		
Rodinná a osobná anamnéza	OCHORENIA V RODINE																																																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Otec</th> <th>Matka</th> <th>Bratia</th> <th>Sestry</th> <th>Ďalší pokrvní príbuzní</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DM typ 1 (u súrodencov počet)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DM typ 2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Infarkt myokardu</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cievna mozgová príhoda</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hypertenzia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Obezita</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ochorenia štítnej žľazy</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Celiakia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autoimunitné ochorenia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alergie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Otec	Matka	Bratia	Sestry	Ďalší pokrvní príbuzní	DM typ 1 (u súrodencov počet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	DM typ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarkt myokardu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cievna mozgová príhoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertenzia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obezita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ochorenia štítnej žľazy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celiakia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autoimunitné ochorenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Otec	Matka	Bratia	Sestry	Ďalší pokrvní príbuzní																																																													
DM typ 1 (u súrodencov počet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
DM typ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Infarkt myokardu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Cievna mozgová príhoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Hypertenzia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Obezita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Ochorenia štítnej žľazy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Celiakia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Autoimunitné ochorenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Alergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
OSOBNÁ ANAMNÉZA																																																																			
Tehotenstvo a pôrod: Poradie tehotenstva, z ktorého je pacient s DM <input type="text"/> <input type="text"/> pôrodná hmotnosť (g) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pôrodná dĺžka (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gestačný vek (týž.) <input type="text"/> <input type="text"/> Dieťa kriesené: 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/> Plne dojčené do (mes.) <input type="text"/> <input type="text"/> Mliečne prídavky od (mes.) <input type="text"/> <input type="text"/> Preknané ochorenia: parotitis <input type="checkbox"/> rubeola <input type="checkbox"/> varicella <input type="checkbox"/> scarlatina <input type="checkbox"/>																																																																			
Predchorobie a chronické ochorenia dieťaťa	Posledný preknaný akútny infekt pred DM (výber): 01 - infekt HDC 04 - choroby oka a jeho adnexov 07 - Iné akútne ochorenie (napr. infekčné) 02 - infekt DDC 05 - gastrointestinálne ťažkosti 03 - choroby ucha 06 - choroby močovej a pohlavnej sústavy <input type="checkbox"/>																																																																		
	"iné" ochorenie upresni: <input type="text"/>																																																																		
	Čas preknaného infektu pred zistením diabetu (v týždňoch) <input type="text"/> <input type="text"/> Liečba kortikosteroidmi v poslednom roku: 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme/ neudaný <input type="checkbox"/> Ochorenia/stav, pre ktorý boli podávané kortikoidy: vypíš: <input type="text"/> údaj neznámy <input type="checkbox"/> Závažné chronické ochorenie dieťaťa: vypíš: <input type="text"/>																																																																		
Špecifické klinické príznaky (pred stanovením dg. DM)	Uveďte aj dátum, odkedy sú ťažkosti prítomné (pri neznámom dni, uveďte posledný deň v danom mesiaci): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																		
	Polydipsia <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Polyúria <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Polyfágia <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																		
	Balanitída/ Vulvitída <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Neprimeraná úvava <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pokles hmotnosti (kg)- známy údaj <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																		
TK (k dátumu prijatia)	Hodnota systolického tlaku: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr Hmotnosť pri prijatí: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg																																																																		
	Hodnota diastolického tlaku: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr Výška pri prijatí: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm																																																																		
Laboratórne výsledky - k dátumu prijatia	LABORATÓRNE VÝSLEDKY - k dátumu prijatia (Vyplňte maximum údajov)																																																																		
	Vstupná glykémia (mmol/l) <input type="text"/> Hodnota vstupného glykovaného hemoglobínu (v%) <input type="text"/> podľa IFCC <input type="checkbox"/> podľa DCCT <input type="checkbox"/>																																																																		
	Ketoacidóza 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/>																																																																		
	Výšetrenie odpadu glukózy v moči 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/>																																																																		
	Odpad glukózy v moči (mmol/l/ 24 hod.) <input type="text"/> Hodnota mikroalbuminúrie (µg/ 1 min) <input type="text"/> Hodnota kreatinínu (µmol/l) <input type="text"/>																																																																		
Liečba a stav pacienta	Inzulínová pumpa 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Iná medikamentózna liečba <input type="text"/> Komplikácie: Retinopatia Nefropatia Neuropatia 1 - pozit. + 1 - pozit. + 1 - pozit. + 2 - pozit. ++ 2 - pozit. ++ 2 - pozit. ++ 3 - pozit. +++ 3 - pozit. +++ 3 - pozit. +++ 4 - nevyšetrená <input type="checkbox"/> 4 - nevyšetrená <input type="checkbox"/> 4 - nevyšetrená <input type="checkbox"/> bez retinopatie <input type="checkbox"/> bez nefropatie <input type="checkbox"/> bez neuropatie <input type="checkbox"/>																																																																		
	Denná dávka inzulínu pri prepustení: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> v jednotkách <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> počet jednotiek na kg hmotnosti (dopočítaný údaj) <input type="text"/>																																																																		
	Počet podaní inzulínu denne <input type="text"/>																																																																		
	Kompenzácia: 1 - výborná 3 - primeraná <input type="checkbox"/> 2 - dobrá 4 - zlá <input type="checkbox"/>																																																																		
	Hmotnosť pri prepustení: <input type="text"/> kg Výška pri prepustení: <input type="text"/> cm																																																																		
Poznámky	Doplňujúce informácie do registra (stručne): napr. o inej závažnej dg. v rodine (ak nepostačí ponúkaný výber dg) a o ev. úmrtí pacienta v nemocnici																																																																		