

HLÁSENIE DIEŤAŤA S VRODENOU CHYBOU rok 2019

Hlási: neonatológ (mŕtvorodené deti, úmrtia po narodení pred prepustením z nemocnice a všetky prepustené deti z neonatol.odd.), všeobecný lekár pre deti a dorast hlási ostatné deti do 15 rokov s novozistenou, ev. dodiagnostikovanou VCH).

Identifikačná zariadenia	Rok spracovania: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		Mesiac spracovania: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		Dátum vyplnenia hlásenia: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		
	IČO PZS: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		Kód PZS: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>				
	Názov zariadenia: <input style="width: 100%;" type="text"/>						
Meno a priezvisko lekára: <input style="width: 100%;" type="text"/> (vyplňujúceho hlásenie):							
Identifikačné údaje o dieťati	VYBRANÁ ŠPECIFIKÁCIA HLÁSENÉHO PRÍPADU			ZÁKLADNÉ IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE DIEŤAŤA			
	1 - dieťa z hniezda záchranu <input type="checkbox"/> 2 - dieťa z anonymného pôrodu (v danom výbere sa identif. údaje dieťaťa /okrem pohlavia/ nevyplývajú) <input type="checkbox"/> Dieťa z asistovanej reprodukcie: 1 - áno 2 - nie 9 - údaj neznámy/neudaný <input type="checkbox"/>			Priezvisko: <input style="width: 100%;" type="text"/>		Meno: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Pôrodné údaje: 1 - pôrodná hmotnosť (v g) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 2 - pôrodná dĺžka (v cm) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 3 - týždeň tehotenstva <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			Rodné číslo: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		Pohlavie: 1 - mužské 2 - ženské 0 - nezistené <input type="checkbox"/>	
	PÔRODNÉ ÚDAJE			STAV DIEŤAŤA			
1 - mŕtvonarodené / úmrtie pri pôrode 2 - zomrelo do 7 dní po narodení 3 - zomrelo od 7. dňa do 1 roka 4 - žije 5 - zomrelo staršie ako 1-ročné <input type="checkbox"/>			V prípade úmrtia dieťaťa staršieho ako 1 rok, uveď konkrétny vek (ide o prípady, keď sa VCH odhalí krátko pred úmrtím dieťaťa)				
Výšetrenia	PRENATÁLNE A POSTNATÁLNE VÝŠETRENIA						
	Skriningové prenatálne vyšetrenie: 1 - pozitívne 2 - negatívne 3 - vyš. absolvované - nález neznámy 4 - vyšetrenie neabsolvované 5 - žiadna informácia nie je k dispozícii		Dôvody vyšetrení nad rámec prenatálneho skriningu <u>Dôvody známe:</u> 1 - patologický nález pri skriningovom vyšetrení ultrazvukom <input type="checkbox"/> 2 - patol. nález pri skriningovom biochemickom vyšetrení <input type="checkbox"/> 3 - vek matky (< 17 r. a > 37 r. v čase počatia) <input type="checkbox"/> 4 - rodinná anamnestická záťaž <input type="checkbox"/> 5 - iné <input type="checkbox"/> <u>Iné okolnosti:</u> 1 - vyšetrenia absolvované - dôvody neznáme <input type="checkbox"/> 2 - vyšetrenia neindikované / žiadna informácia nie je k dispozícii <input type="checkbox"/>		Druh špecifického vyšetrenia (prenatálne a/alebo postnatálne) <u>Výšetrenia známe:</u> 1 - cytogenetické <input type="checkbox"/> 4 - imunologické <input type="checkbox"/> 2 - molekulárne genetické (DNA) <input type="checkbox"/> 5 - virologické <input type="checkbox"/> 3 - biochemické <input type="checkbox"/> 6 - ultrazvukové <input type="checkbox"/> iné (ak bola postnatál. zistená VCH diagnostik. iba klinicky, uveďte to: napr. rízáštep podnebia) <input style="width: 50px;" type="text"/> <u>Iné okolnosti:</u> 1 - vyšetrenia absolvované (druh vyšetrenia nie je známy) <input type="checkbox"/> 2 - vyšetrenia neindikované / žiadna informácia nie je k dispozícii <input type="checkbox"/> Sumarizácia vykonaných vyšetrení (časové etapy): 1 - iba prenatálne 2 - iba postnatálne 3 - prenatálne aj postnatálne <input type="checkbox"/>		
	1 - žiadna informácia nie je k dispozícii <input type="checkbox"/>						
Záchytnosť VCH	ZÁCHYTNOSŤ VRODENEJ CHYBY						
	A. Prenatálne: 1 - áno » v prípade viacorgánovej (kombinovanej) VCH dieťaťa uveďte, aké orgánové postihnutie sa zistilo prenatálne (napr. Down alebo aj s VCHS): 2 - nie 9 - údaj neznámy / neudaný <input type="checkbox"/>			B. Postnatálne: 1 - do 7. dňa Vek zistenia VCH u viac ako 1r. (v rokoch) 2 - od 7. dňa do 1 roka 3 - od 1 r. - 15 r. <input type="checkbox"/>			
Diagnóza VCH a RA	DIAGNÓZA VCH PODEA MKCH A RODINNÁ ANAMNÉZA VÝSKYTU VCH						
	1 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 2 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 3 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 4 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			slovne: <input style="width: 100%;" type="text"/> slovne: <input style="width: 100%;" type="text"/> slovne: <input style="width: 100%;" type="text"/> s <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			
	Iná dg., ak nie je v ponúkanom výbere MKCH, alebo ju nebolo možné upresniť			Výskyt vrodených chýb v príbuzenstve dieťaťa: 1 - rovnaká vrodená chyba 2 - iná vrodená chyba 3 - bez výskytu vrodených chýb (anamnestický údaj rodiny) 9 - údaj neznámy <input type="checkbox"/>			
Bolo indikované genetické vyšetrenie? 1 - áno 2 - nie 9 - údaj neznámy/neudaný <input type="checkbox"/>							
Údaje o rodičoch dieťaťa	ÚDAJE O RODIČOCH DIEŤAŤA						
	Matka: Priezvisko: <input style="width: 100%;" type="text"/> Meno: <input style="width: 100%;" type="text"/>						
	Rodné číslo: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> (pri anonym. pôrode/dieťati z hniezda záchranu sa identif. údaje matky neuvádzajú, RC matky má mať tvar 0050000000)						
	Trvalé bydlisko (ulica, č.d.) <input style="width: 100%;" type="text"/> Obec: <input style="width: 100%;" type="text"/>						
	ZÁVAŽNÉ OCHORENIA A RF V OSOBNÉJ ANAMNÉZE MATKY						
Ak choroba/RF nie je vo výbere MKCH alebo sa nedala upresniť (uviesť) <input style="width: 100%;" type="text"/> negatívna OA <input type="checkbox"/> Ak choroba/RF nie je vo výbere MKCH alebo sa nedala upresniť (uviesť) <input style="width: 100%;" type="text"/> negatívna OA <input type="checkbox"/>							
pred tehotenstvom <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> (v e-formulári výber z MKCH)							
počas 1. trimestra <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> (v e-formulári výber z MKCH)							
Mala matka rizikové tehotenstvo s dieťaťom, u ktorého sa hlási VCH? 1 - áno 2 - nie 9 - údaj neznámy/ neudaný <input type="checkbox"/>							
Otec: Rok narodenia: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>							
Správy	Správy, iné dôležité informácie od lekára, ktorý prípad hlási						