

HLÁSENIE O PACIENTOVI S CHRONICKOU OBŠTRUKČNOU CHOROBOU PĽÚC

ROK 2020

Hlásia ambulantní pneumológovia

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"/>
Identifikačné údaje pacienta	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"/> <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"/>
	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"/>
	Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <input type="text"/>
O akého pacienta ide?	Dátum narodenia: <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 (ul., č.): <input type="text"/> Obec: <input type="text"/>
	Pohlavie: (dopočítaný údaj) <input type="checkbox"/> Vek: (dopočítaný údaj) <input type="text"/> <input type="text"/>
Stanovenie diagnózy, špecifikácia diagnózy a fajčenie	1 - dispenzarizovaný - CHOCHP zistená v roku hlásenia 2 - dispenzarizovaný- CHOCHP zistená v minulosti <input type="checkbox"/>
	<p><b>Stanovenie diagnózy:</b> <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"/></p> <p>(ak neviete deň, napíšte 15) deň mesiac rok</p> <p><b>Špecifikácia CHOCHP podľa MKCH-10:</b></p> <p><b>J44.80</b> - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 menej ako 35% n.h.</p> <p><b>J44.81</b> - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 od 35% do 50% n.h.</p> <p><b>J44.82</b> - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 od 50% do 70% n.h.</p> <p><b>J44.83</b> - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 od 70% n.h.</p> <p><b>J44.89</b> - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 neurčený <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Ak iná, uveď <input type="text"/></p> <p><b>Klasifikácia ochorenia podľa Národných smerníc pre diagnostiku a liečbu CHOCHP/GOLD</b></p> <p>1 - GOLD A 2 - GOLD B 3 - GOLD C 4 - GOLD D <input type="checkbox"/></p> <p><b>Fajčenie</b></p> <p>3 - exfajčiar 6 - nefajčiar (nikdy nefajčil) 8 - súčasné fajčenie- nie viac ako 5 rokov</p> <p>9 - súčasné fajčenie - viac ako 5 rokov (číslo k fajčeniu zohľadňujú ich poradie vo vš. číselníku o fajčení) <input type="checkbox"/></p>
Poznámky	Poznámka lekára k údajom pacienta/ alebo pre NCZI: