

HLÁSENIE O PACIENTOVI S NEUROMUSKULÁRNOU CHOROBOU

rok 2020

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"/> <input type="text"/> <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"/>
Názov zariadenia: <input type="text"/> Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input type="text"/>	
Identifikačné údaje pacienta	Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <input type="text"/> Pohlavie: (dopočitany údaj) <input type="checkbox"/> Vek: <input type="text"/> <input type="text"/> (dopočitany údaj) :
	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"/> Dátum narodenia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dopočitany údaj) :
Adresa trv. bydliska (ul.,č.): <input type="text"/> Adresa trv.bydliska -obec: <input type="text"/>	
Klinické príznaky, stanovenie diagnózy	Prvé klinické príznaky: <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"/> Stanovenie diagnózy: <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"/> (ak nie je známy deň, uveďte dátum 15. v danom mesiaci) deň mesiac rok deň mesiac rok
	Iné závažné choroby: <input type="text"/>
	Špecifikácia hlásenia: 1 - hlásenie novodiagnostikovaného pacienta 2 - prvé hlásenie dispenzarizovaného pacienta s dg. stanovenou v minulosti 3 - kontrolné hlásenie - aktuálny stav <input type="checkbox"/>
Poznámka: <input type="text"/>	
Špecifická diagnóza	Diagnóza podľa MKCH-10 s doplnením interného kódu na rozlíšenie špecifikácie danej diagnózy: Detská spinálna svalová atrofia, typ 1 [Werdnigov-Hoffmanov typ] - G12.0 Facioskapulohumerálna muskulárna dystrofia - G71.0a Spinálna svalová atrofia typ 2 - G12.1a Duchennova svalová dystrofia - G71.0b Spinálna svalová atrofia typ 3 Kugelberg-Welander G12.1b Beckerova svalová dystrofia - G71.0c Spinálna svalová atrofia typ 4 G12.1c Myotonická dystrofia MD1 a MD2 - G71.1a Bulbospinálna amyotrofia (M. Kennedy) - G12.2 Kongenitálna paramyotónia Eulenburg - G71.1b Familiárna amyloidná polyneuropatia - G60.8 Kongenitálna muskulárna dystrofia - G71.2 Akútna polyradikuloneuritída GBS - G61.0 Periodické paralýzy - G72.3 Chronická inflamatórna demyelinizačná polyneuropatia - G61.8a Pompeho choroba - G73.6 Multifokálna motorická neuropatia - G61.8b Polymyozitída - M33.2 Kongenitálny myastenický syndróm G70.0a Dermatomyozitída - M33.9 Myasténia gravis - G70.0b Inclusion body myositis - M60
	Kódovanie chorôb podľa: <input type="text"/> Ak iná dg. uveď: <input type="text"/> podľa OMIM: <input type="text"/> podľa ORPHA: <input type="text"/>
Metodika určenia diagnózy	Metodika určenia diagnózy: DNA diagnostika <input type="checkbox"/> O EMG diagnostika <input type="checkbox"/> O Enzymologická diagnostika <input type="checkbox"/> O Ak DNA diagnostika - typ mutácie: 1 - MLPM <input type="checkbox"/> Svalová biopsia <input type="checkbox"/> O Autoprotílátky proti špecifickým antigénom <input type="checkbox"/> O 2 - bodová mutácia <input type="checkbox"/> Vyšetrenie CSL <input type="checkbox"/> O Ak bodová mutácia, uveď typ: <input type="text"/> Ak iná diagnostika, uveď: <input type="text"/>
	Aktuálna liečba: Kortikoterapia <input type="checkbox"/> O Tymektómia <input type="checkbox"/> O Translarna <input type="checkbox"/> O Imunosupresívna liečba - preparát <input type="checkbox"/> O Monoklóňová protílátka <input type="checkbox"/> O Ak iná liečba, uveď: <input type="text"/> Plazmaferéza <input type="checkbox"/> O Enzymatická substitučná liečba <input type="checkbox"/> O V čase hlásenia bez kauzálnej liečby (týka sa novodg. pacienta) <input type="checkbox"/> O IVIg <input type="checkbox"/> O Nusinersen- antisense-oligonukleotidy <input type="checkbox"/> O
Charakteristika klinického stavu, dĺžka liečby podľa výberu v "Špecifikácii hlásenia"	Charakteristika klinického stavu, dĺžka liečby Ak ide o novodiagnostikovaného pacienta (v roku hlásenia), uveď: <input type="text"/> Klinický stav pacienta pred nastavením na liečbu (popis podľa uváženia): <input type="text"/> Ak ide o pacienta s dg. stanovenou pred rokom hlásenia (v špecif. hlásenia možnosť 2 alebo 3), uveď: <input type="text"/> Klinický stav pacienta od poslednej kontroly: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trvanie doterajšej (poslednej aktuálnej) liečby pred hlásenou kontrolou: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bola potrebná zmena v liečbe? 1 - bez zmien <input type="checkbox"/> 1 - menej ako 1 rok <input type="checkbox"/> 2 - čiastočne <input type="checkbox"/> 2 - zlepšený <input type="checkbox"/> 2 - viac ako 1 rok <input type="checkbox"/> 3 - nie <input type="checkbox"/> 3 - zhoršený <input type="checkbox"/> 3 - viac ako 5 rokov <input type="checkbox"/> Ak ide o možnosť 1,2 uveď dôvod: <input type="text"/>
	Celkové trvanie farmakol. kauzálnej liečby (roky, ev. mesiace) od jej 1.nasadenia: <input type="text"/>
Poznámka lekára k údajom pacienta/ alebo pre NCZI:	