

Hlásenie o pacientovi po transplantácii pľúc - rok 2020

| | | |
|---|--|--|
| Identifikácia hlásenia | Rok spracovania: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Mesiac spracovania: | <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"/> |
| | 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Názov zariadenia: | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| | Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul) | <input style="width: 100%;" 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Identifikačné údaje pacienta | Meno: | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| | Priezvisko: | <input style="width: 100%;" 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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Pohlavie (dopočítaný údaj) : | <input type="text"/> |
| | Adresa trv.bydliska (ulica, číslo): | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Adresa trv.bydliska (výber obce/ mesta) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| Špecifikácia diagnózy/stavu pacienta podľa MKCH-10 | Diagnóza/stav pacienta podľa MKCH-10 | |
| | C 96.6 Unifokálna histiocytóza z Langerhansových buniek | J 44.99 Chronická obštrukčná choroba pľúc bližšie neurčená, FEV1 neurčený |
| | D 18.18 Lymfangióm iného miesta | J 84.9 Choroba interstícia pľúc, bližšie neurčená |
| | E 84.0 Cystická fibróza s pľúcnyimi prejavmi | Q 85.1 Tuberózna skleróza |
| | E 84.87 Cystická fibróza s inými viacpočetnými prejavmi | T86.81 Zlyhanie a odvrhnutie transplantovaných pľúc |
| | I 27.0 Primárna pľúcna hypertenzia | <input type="text"/> |
| Ak diagnóza mimo výberu z MKCH-10, uveď: | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| Špecifické kódovanie: | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| — podľa OMIM (vyplní NCZI): | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| — podľa ORPHA (vyplní NCZI) : | <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| Transplantácia pľúc - vybrané údaje | Dátum transplantácie pľúc (ak nie je známy deň a mesiac, uvádzajte 31.12.): | <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"/> <input type="text"/> <i>deň mesiac rok</i> |
| | Typ transplantácie (výber): | |
| | 1.Ľavostranná transplantácia pľúc | Vek pacienta v čase výkonu transplantácie (dopočítaný údaj) : <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | 2.Pravostranná transplantácia pľúc | Dátum úmrtia pacienta po transplantácii (doplňí NCZI alebo SJ) : |
| | 3.Obojstranná transplantácia pľúc | <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"/> <input type="text"/> <i>deň mesiac rok</i> |
| | 4.Transplantácia srdce-pľúca <input type="checkbox"/> | |
| 5. Iná <input type="checkbox"/> | | |
| Poznámka lekára k údajom pacienta (napr. známy údaj o úmrtí pacienta, ale bez znalosti dátumu) alebo pre NCZI: | | |
| <input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/> | | |