

HLÁSENIE DIEŤAŤA S VRODENOU CHYBOU SRDCA rok 2020

HLási: detský kardiológ, ak sa VCH u dieťaťa dodiagnostikuje, alebo novodiagnostikuje v čase od prepustenia dieťaťa z neonatologického oddelenia až do jeho 18 rokov

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Mesiac spracovania: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Dátum vyplnenia hlásenia: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
Názov zariadenia: <input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/>								
Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/>								
IČO PZS: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>				Kód PZS: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
Identifikačné údaje dieťaťa	ZÁKLADNÉ IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE DIEŤAŤA							
Meno: <input style="width: 100%; border: 1px solid black;"/>		Priezvisko: <input style="width: 100%; border: 1px solid black;"/>						
Dátum narodenia: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			Rodné číslo: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>					
Pohlavie: <input type="radio"/> 1 - mužské <input type="radio"/> 2 - ženské <input type="radio"/> 0 - nezistené <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
Adresa trvalého bydliska: (ulica, č.d.) <input style="width: 90%; border: 1px solid black;"/>					Obec trvalého bydliska: (výber z ponuky) <input style="width: 20%; border: 1px solid black;"/>			
Záchyt VCHS	ZÁCHYT VRODENEJ CHYBY SRDCA							
1 - prenatalne		Ak postnatálne: 1 - do 7.dňa		Ak bola vybratá možnosť 2 alebo 3 ,				
2 - postnatálne		2 - od 7.dňa do 1 roka		uveďte koľko rokov /mesiacov malo dieťa v čase záchytu VCHS				
3 - prenatalne a postnatálne <input type="checkbox"/>		3 - od 1.-15.rokov <input type="checkbox"/>		roky <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mesiace <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
Diagnóza VCHS, intervencia	DIAGNÓZA VCHS PODĽA MKCH, ZÁVAŽNOSŤ NÁLEZU, INTERVENCIA							
DIAGNÓZA VCHS - e-výber z MKCH- 10								
1 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		slovne <input style="width: 100%; border: 1px solid black;" type="text"/>		Popis diagnózy/klinického stavu/syndrómu: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 90%;"></div>				
2 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		slovne <input style="width: 100%; border: 1px solid black;" type="text"/>						
3 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		slovne <input style="width: 100%; border: 1px solid black;" type="text"/>						
Má dieťa aj iné orgánové/chromozómové postihnutie okrem VCHS?			Intervencia:					
1 - iná vrodená chyba s chromozomálnou anomáliou <input type="checkbox"/>			plánovaná (akákoľvek) <input type="radio"/>					
2 - iná vrodená chyba bez chromozomálnej anomálie <input type="checkbox"/>			realizovaná - katetrizačná (A) <input type="radio"/>					
3 - nie <input type="checkbox"/>			realizovaná - operačná (B) <input type="radio"/>					
Ak ide o realizovaný výkon so známym dátumom - uveď deň/mesiac/rok:								
A: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
B: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
Popis typu intervencie: <input style="width: 90%; border: 1px solid black;"/>								
Správy	Správy/iné doplňujúce informácie lekára pre NCZI:							