

HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZRIEDKAVOU CHOROBU II

ROK 2020

Hlásia: príslušné expertízne/specializované pracoviská zaoberajúce sa ZCH

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"/>
	Priezvisko, meno, titul lekára:	<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"/>
	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"/>	
Identifikačné údaje pacienta	Meno: <input type="text"/>	Priezvisko: <input type="text"/>
	Dátum narodenia: <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"/>
	<i>(dopočítaný údaj)</i>	
	Trvalé bydlisko (ul., č.): <input type="text"/>	Obec: <input type="text"/>
	Pohlavie: <i>(dopočítaný údaj)</i> <input type="checkbox"/>	Vek: <i>(dopočítaný údaj)</i> <input type="text"/> <input type="text"/>
Špecifikácia pacienta	Ide o pacienta s novodiagnostikovanou zriedkavou chorobou (ZCH) v hlásenom roku?	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>
	Ak nie, uveďte rok stanovenia diagnózy: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>rok</i>
	Ide o pacienta zaradeného do retrospektívneho hlásenia Projektu ZCH_2020?	1- áno 2-nie <input type="checkbox"/>
Špecifikácia diagnózy	MKCH-10 (kód, popis z e-výberu): <input type="text"/>	
	Upresnenie ZCH, ak v MKCH táto dg. nie je dostatočne špecifikovaná:	<input type="text"/>
	OMIM <input type="text"/>	ORPHA <input type="text"/>
	Doplňujúce informácie o pacientovi, ak je to potrebné: <input type="text"/>	
Iná informácia	Ak dieťa ešte nemalo pridelené kompletne rč, tak uveďte rč matky: <input type="text"/> <input type="text"/>	
Poznámka	<input type="text"/>	