

## HLÁSENIE O PACIENTOVI S CHRONICKOU OBŠTRUKNOU CHOROBOU PLŔC ROK 2021

Hlášia ambulanti pneumológovia

<b>Identifikácia zariadenia</b>	Rok spracovania: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Mesiac spracovania: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Názov zariadenia: <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> IO PZS: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Kód PZS: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Dátum vyplnenia hlásenia (uvádzajte dátum do 31.12. za hlásený rok) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
<b>Identifikané údaje pacienta</b>	Meno: <input style="width: 150px;" type="text"/> Priezvisko: <input style="width: 250px;" type="text"/> Dátum narodenia: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Rodné íslo: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> (dopoitaný údaj) Trvalé bydlisko (ul., .): <input style="width: 200px;" type="text"/> Obec: <input style="width: 150px;" type="text"/> Pohlavie: (dopoitaný údaj) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vek: (dopoitaný údaj) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
<b>O akého pacienta ide?</b>	1 - dispenzarizovaný - CHOCHP zistená v roku hlásenia      2 - dispenzarizovaný- CHOCHP zistená v minulosti <input type="checkbox"/>
<b>Stanovenie diagnózy, špecifikácia diagnózy a fajenie</b>	Stanovenie diagnózy: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> (ak nevieate deň, napíšte 15)      deň      mesiac      rok Špecifikácia CHOCHP podľa MKCH-10: J44.80 - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba plŔc, FEV1 menej ako 35% n.h. J44.81 - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba plŔc, FEV1 od 35% do 50% n.h. J44.82 - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba plŔc, FEV1 od 50% do 70% n.h. J44.83 - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba plŔc, FEV1 od 70% n.h. J44.89 - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba plŔc, FEV1 neurčený <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Ak iná, uveď <input style="width: 300px;" type="text"/> Klasifikácia ochorenia podľa Národných smerníc pre diagnostiku a liečbu CHOCHP/GOLD 1 - GOLD A      2 - GOLD B      3 - GOLD C      4 - GOLD D <input type="checkbox"/>
<b>Fajčenie</b>	3 - exfajiar      6 - nefajčiar (nikdy nefajčil)      8 - sŔčasné fajčenie- nie viac ako 5 rokov 9 - sŔčasné fajčenie - viac ako 5 rokov      (íslo k fajčeniu zohľadňujú ich poradie vo vš. íselníku o fajčení) <input type="checkbox"/>
<b>Poznámky</b>	Poznámka lekára k údajom pacienta/ alebo pre NCZI: