

## HLÁSENIE O PACIENTOVI S NEUROMUSKULÁRNOU CHOROBOU

rok 2021

Identifikačné údaje 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: (dopočítaný údaj) <input type="checkbox"/> Vek: <input type="text"/> <input type="text"/> (dopočítaný 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: (dopočítaný údaj) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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"/> Stanovenie diagnózy: <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"/>	
Špecifikácia diagnózy	<b>Diagnóza podľa MKCH-10 s doplnením interného kódu na rozlíšenie špecifikácie danej diagnózy:</b> Detská spinálna svalová atrofia, typ I [Werdnigov-Hoffmanov typ] - <b>G12.0</b> Spinálna svalová atrofia typ 2 - <b>G12.1a</b> Spinálna svalová atrofia typ 3 Kugelberg-Welander <b>G12.1b</b> Spinálna svalová atrofia typ 4 <b>G12.1c</b> Bulbospinálna amyotrofia (M.Kennedy) - <b>G12.2</b> Familiárna amyloidná polyneuropatia - <b>G60.8</b> Akútna polyradikuloneuritída GBS - <b>G61.0</b> Chronická inflamatórna demyelinizačná polyneuropatia - <b>G61.8a</b> Multifokálna motorická neuropatia - <b>G61.8b</b> Kongenitálny myastenický syndróm <b>G70.0a</b> Myasténia gravis - <b>G70.0b</b> Facioskapulohumerálna muskulárna dystrofia - <b>G71.0a</b> Duchennova svalová dystrofia - <b>G71.0b</b> Beckerova svalová dystrofia - <b>G71.0c</b> Myotonická dystrofia MD1 a MD2 - <b>G71.1a</b> Kongenitálna paramyotónia Eulenburg - <b>G71.1b</b> Kongenitálna muskulárna dystrofia - <b>G71.2</b> Periodické paralyzy - <b>G72.3</b> Pompeho choroba - <b>G73.6</b> Polymyozitída - <b>M33.2</b> Dermatomyozitída - <b>M33.9</b> Inclusion body myositis - <b>M60</b>
	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"/> EMG diagnostika <input type="checkbox"/> Enzymologická diagnostika <input type="checkbox"/> Ak DNA diagnostika - typ mutácie: 1 - MLPM <input type="checkbox"/> Svalová biopsia <input type="checkbox"/> Autoprotílátky proti špecifickým antigénom <input type="checkbox"/> 2 - bodová mutácia <input type="checkbox"/> Vyšetrenie CSL <input type="checkbox"/> Ak bodová mutácia, uveď typ: <input type="text"/> Ak iná diagnostika, uveď: <input type="text"/>
	Aktuálna liečba: Kortikoterapia <input type="checkbox"/> Tymektómia <input type="checkbox"/> Translarna <input type="checkbox"/> Imunosupresívna liečba - preparát <input type="checkbox"/> Monoklonálna protilátka <input type="checkbox"/> Ak iná liečba, uveď: <input type="text"/> Plazmaferéza <input type="checkbox"/> Enzymatická substitučná liečba <input type="checkbox"/> V čase hlásenia bez kauzálnej liečby (týka sa novodg.pacienta) <input type="checkbox"/> IVIg <input type="checkbox"/> Nusinersen- antisense-oligonukleotidy <input type="checkbox"/>
Charakteristika klinického stavu, dĺžka liečby podľa výberu v "Špecifikácia hlásenia"	<b>Charakteristika klinického stavu, dĺžka liečby podľa výberu v "Špecifikácia hlásenia":</b> 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"/> Trvanie doterajšej (poslednej aktuálnej) liečby pred hlásenou kontrolou: <input type="checkbox"/> Bola potrebná zmena v liečbe? 1 - bez zmien <input type="checkbox"/> 1 - menej ako 1 rok <input type="checkbox"/> 1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - zlepšený <input type="checkbox"/> 2 - viac ako 1 rok <input type="checkbox"/> 2 - čiastočne <input type="checkbox"/> 3 - zhoršený <input type="checkbox"/> 3 - viac ako 5 rokov <input type="checkbox"/> 3 - nie <input type="checkbox"/> Celkové trvanie farmakol. kauzálnej liečby (roky, ev.mesiace) od jej 1.nasadenia: <input type="text"/> Ak ide o možnosť 1,2 uveď dôvod: <input type="text"/>
	Poznámka lekára k údajom pacienta/ alebo pre NCZI: <input type="text"/>