

HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZRIEDKAVOU CHOROBOU II

ROK 2021

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Dátum vyplnenia hlásenia (dopočítaný údaj) <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 type="text"/>	Priezvisko: <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"/>	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"/>
	Trvalé bydlisko (ul., č.): <input type="text"/>	Obec: <input type="text"/>
	Pohlavie: (dopočítaný údaj) <input type="checkbox"/>	Vek: (dopočítaný údaj) <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rok	
Špecifikácia diagnózy	MKCH-10 (kód, popis z e-výberu): <input type="text"/>	
	Upresnenie ZCH, ak v MKCH táto dg. nie je dostatočne špecifikovaná: 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"/> <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"/>	
Poznámka	<input type="text"/>	