

Hlásenie o pacientovi po transplantácii pľúc - rok 2022

Identifikácia hlásenia	Rok spracovania:	<input type="text"/>
	Mesiac spracovania:	<input type="text"/>
	IČO PZS:	<input type="text"/>
	Kód PZS:	<input type="text"/>
	Názov zariadenia:	<input type="text"/>
	Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul)	<input type="text"/>
Dátum vyplnenia hlásenia:	<input type="text"/>	
Identifikačné údaje pacienta	Meno:	<input type="text"/>
	Priezvisko:	<input type="text"/>
	Rodné číslo:	<input type="text"/>
	Dátum narodenia:	<input type="text"/>
	Pohlavie (dopočítaný údaj) :	<input type="text"/>
	Adresa trv.bydliska (ulica, číslo):	<input type="text"/>
Adresa trv.bydliska (výber obce/ mesta)	<input type="text"/>	
Špecifikácia diagnózy/stavu pacienta podľa MKCH-10	Diagnóza/stav pacienta podľa MKCH-10	
	C 96.6 Unifokálna histiocytóza z Langerhansových buniek	J 44.99 Chronická obštrukčná choroba pľúc bližšie neurčená, FEV1 neurčený
	D 18.18 Lymfangióm iného miesta	J 84.9 Choroba interstícia pľúc, bližšie neurčená
	E 84.0 Cystická fibróza s pľúcnyimi prejavmi	Q 85.1 Tuberózna skleróza
	E 84.87 Cystická fibróza s inými viacpočetnými prejavmi	T86.81 Zlyhanie a odvrhnutie transplantovaných pľúc
	I 27.0 Primárna pľúcna hypertenzia	<input type="text"/>
Ak diagnóza mimo výberu z MKCH-10, uveď:	<input type="text"/>	
Špecifické kódovanie:	<input type="text"/>	
— podľa OMIM (vyplní NCZI):	<input type="text"/>	
— podľa ORPHA (vyplní NCZI) :	<input type="text"/>	
Transplantácia pľúc - vybrané údaje	Dátum transplantácie pľúc (ak nie je známy deň a mesiac, uvádzajte 31.12.):	<input type="text"/> deň <input type="text"/> mesiac <input type="text"/> rok
	Typ transplantácie (výber):	
	1.Lavostranná transplantácia pľúc	Vek pacienta v čase výkonu transplantácie (dopočítaný údaj) : <input type="text"/>
	2.Pravostranná transplantácia pľúc	Dátum úmrtia pacienta po transplantácii (doplňte NCZI alebo SJ) :
	3.Obojstranná transplantácia pľúc	<input type="text"/>
	4.Transplantácia srdce-pľúca <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> deň <input type="text"/> mesiac <input type="text"/> rok
5. Iná <input type="checkbox"/>		
Poznámka lekára k údajom pacienta (napr. známy údaj o úmrtí pacienta, ale bez znalosti dátumu) alebo pre NCZI:		