

## HLÁSENIE OSOBY S DEDIČNOU, GENETICKOU A ZRIEDKAVOU CHOROBOU

rok 2022

Identifikácia 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"/>	
	Názov zariadenia: <input type="text"/>	
Identifikácia zariadenia	Meno lekára vyplňujúceho hlásenie: <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Údaje o pacientovi / probandovi	<b>MODUL: 1 Údaje o pacientovi/probandovi</b>	
	<b>MODUL 2: Základné identifikačné údaje probanda/pacienta</b>	
	<u>Hlásenie VCH sa týka pacienta:</u> 1 - sporadického 2 - zo známeho rodokmeňa 3 - z neznámeho rodokmeňa <input type="checkbox"/>	
	Priezvisko <input type="text"/> Meno <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"/> Dátum narodenia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (automaticky dopočítaný údaj) Pohlavie 1- muž 2- žena <input type="checkbox"/> (automaticky dopočítaný údaj) VEK (automaticky dopočítaný údaj)	
Asymptomatický nosič dominantnej mutácie <input type="radio"/>		
Adresa trvalého bydliska (ulica, č.d.) <input type="text"/>		Národnosť (výber):
Obec trvalého bydliska (výber z ponuky): <input type="text"/>		<input type="text"/>
Názov choroby/diagnózy a klasifikácia diagnózy, DNA vyšetrenie	<b>MODUL 3: Názov choroby/diagnózy a klasifikácia diagnózy, DNA vyšetrenie</b>	
	<b>Podrobná diagnóza slovnou:</b>	
	Monogénová choroba (uveď názov) (je kódovaná všetkými troma kódmi:ICD10,OMIM,ORPHA):	
	Chromozómová anomália (popisuje sa podľa štandardov, kóduje sa všetkými troma kódmi, ak sú zistiteľné):	
	Klinicko-genetický syndróm (dá sa niekedy klasifikovať všetkými troma kódovacími systémami):	
<b>Klasifikácia diagnózy, DNA vyšetrenie</b>		
Diagnóza podľa MKCH - 10	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Uveď inú diagnózu, ak nebola vo výbere MKCH: <input type="text"/>
ORPHA kód	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Diagnóza podľa McKusicka ( OMIM)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Karyotyp (symbol)	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b><u>Výsledok DNA analýzy :</u></b>		
DNA odobratá:	<input type="text"/>	
1 - áno		
2 - nie		
9 - neznámy/neudatý	<input type="checkbox"/>	
Doplnenie informácií o pacientovi/probandovi		
Podpis lekára:		

