

HLÁSENIE O PACIENTOVI S DIABETES MELLITUS - DETI

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"/>
	Názov zariadenia: (dopočítaný údaj): <input type="text"/>
	Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <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"/>
Identifikácia pacienta	Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <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"/> 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"/>
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo): <input type="text"/> Obec: <input type="text"/>
	Pohlavie (dopočítaný údaj): <input type="text"/> Vek (dopočítaný údaj): <input type="text"/> <input type="text"/>
Stanovenie diagnózy DM	Dátum zistenia diabetu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Typ diabetu: 1- typ 1 (IDDM) 2- typ 2 (NIDDM) 3- gestačný <input type="checkbox"/> 4- patologický OGTT 5- typ iný <input type="checkbox"/>
	ak iný, uveď: (napr:MODY) <input type="text"/>
Rodinná a osobná anamnéza	OCHORENIA V RODINE
	Otec Matka Bratia Sestry Ďalší pokrvní príbuzní
	DM typ 1 (u súrodencov počet) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/>
	DM typ 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Infarkt myokardu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Cievna mozgová príhoda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Hypertenzia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Obezita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Ochorenia štítnej žľazy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Celiakia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autoimunitné ochorenia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Alergie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<u>Súrodenci</u>	
Celkový počet bratov: <input type="text"/> <input type="text"/>	
Celkový počet sestier: <input type="text"/> <input type="text"/>	
	OSOBNÁ ANAMNÉZA
<u>Tehotenstvo a pôrod:</u>	
Poradie tehotenstva, z ktorého je pacient s DM <input type="text"/> <input type="text"/>	
pôrodná hmotnosť (g) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
pôrodná dĺžka (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
gestačný vek (týž.) <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dieťa kriesené: 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/>	
Plne dojčené do (mes.) <input type="text"/> <input type="text"/>	
Mliečne prídavky od (mes.) <input type="text"/> <input type="text"/>	
<u>Preknané ochorenia:</u> parotitis <input type="checkbox"/> rubeola <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> varicella <input type="checkbox"/> scarlatina <input type="checkbox"/>	
Predchorobie a chronické ochorenia dieťaťa	<u>Posledný preknaný akútny infekt pred DM (výber):</u> 01 - infekt HDC 04 - choroby oka a jeho adnexov 07 - Iné akútne ochorenie (napr.infekčné) 02 - infekt DDC 05 - gastrointestinálne ťažkosti 03 - choroby ucha 06 - choroby močovej a pohlavnej sústavy <input type="checkbox"/>
	"iné" ochorenie upresni: <input type="text"/>
	Čas preknaného infektu pred zistením diabetu (v týždňoch) <input type="text"/> <input type="text"/>
	Liečba kortikosteroidmi v poslednom roku: 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme/ neudaný <input type="checkbox"/>
Ochorenia/stav, pre ktorý boli podávané kortikoidy: vypíš: <input type="text"/> údaj neznámy <input type="checkbox"/>	
Závažné chronické ochorenie dieťaťa: vypíš: <input type="text"/>	
Špecifické klinické príznaky (pred stanovením dg. DM)	<u>Uveďte aj dátum, odkedy sú ťažkosti prítomné (pri neznámom dni, uveďte posledný deň v danom mesiaci):</u>
	Polydipsia <input type="checkbox"/> <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"/>
	Polyúria <input type="checkbox"/> <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"/>
	Polyfágia <input type="checkbox"/> <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"/>
	Balanitída/ Vulvitída <input type="checkbox"/> <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"/>
	Neprimeraná úvava <input type="checkbox"/> <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"/>
	Pokles hmotnosti (kg)- známy údaj <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
TK (k dátumu prijatia)	Hodnota systolického tlaku: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr Hmotnosť pri prijatí: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
	Hodnota diastolického tlaku: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr Výška pri prijatí: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Laboratórne výsledky - k dátumu prijatia	LABORATÓRNE VÝSLEDKY - k dátumu prijatia (Vyplňte maximum údajov)
	Vstupná glykémia (mmol/l) <input type="text"/> Hodnota vstupného glykovaného hemoglobínu (v%) <input type="text"/>
	Ketoacidóza 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/> podľa IFCC <input type="checkbox"/>
	Výšetrenie odpadu glukózy v moči 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/> podľa DCCT <input type="checkbox"/>
	Ódpad glukózy v moči (mmol/l/ 24 hod.) <input type="text"/> Hodnota celkového cholesterolu (mmol/l) <input type="text"/>
	Hodnota mikroalbuminúrie (µg/ 1 min) <input type="text"/> Hodnota HDL cholesterolu (mmol/l) <input type="text"/>
Hodnota kreatinínu (µmol/l) <input type="text"/> Laboratórne vyšetrenie - HLA 1 - robené 2 - nerobené <input type="checkbox"/>	
	Výsledok laboratórneho vyšetrenia - HLA typ <input type="text"/>
Liečba a stav pacienta	<u>Denná dávka inzulínu pri prepustení:</u> <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"/>
	v jednotkách <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"/>
	počet jednotiek na kg hmotnosti (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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Počet podaní inzulínu denne <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"/>
	Kompenzácia: 1 - výborná 3 - primeraná <input type="checkbox"/> 2 - dobrá 4 - zlá <input type="checkbox"/>
Hmotnosť pri prepustení: <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
Výška pri prepustení: <input type="text"/> <input type="text"/> cm	
Poznámky	<u>Inzulínová pumpa</u> 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>
	<u>Iná medikamentózna liečba</u> <input type="text"/>
	<u>Komplikácie:</u> Retinopatia Nefropatia Neuropatia
	1 - pozit. + 1 - pozit. + 1 - pozit. + <input type="checkbox"/>
	2 - pozit. ++ 2 - pozit. ++ 2 - pozit. ++ <input type="checkbox"/>
	3 - pozit. +++ 3 - pozit. +++ 3 - pozit. +++ <input type="checkbox"/>
	4 - nevyšetrená <input type="checkbox"/> 4 - nevyšetrená <input type="checkbox"/> 4 - nevyšetrená <input type="checkbox"/>
	bez retinopatie <input type="checkbox"/> bez nefropatie <input type="checkbox"/> bez neuropatie <input type="checkbox"/>
	Doplňujúce informácie do registra (stručne): napr: o inej závažnej dg. v rodine (ak nepostačí ponúkaný výber dg) a o ev. úmrtí pacienta v nemocnici