

HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZRIEDKAVOU CHOROBU II

ROK 2022

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"/> <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"/> <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"/>	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"/> <input type="text"/>
	(dopočítaný údaj)	
	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"/>
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"/>	rok
Špecifikácia diagnózy	MKCH-10 (kód, popis z e-výberu): <input type="text"/>	
	Upresnenie ZCH, ak v MKCH táto dg. nie je dostatočne špecifikovaná:	<input type="text"/>
	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"/>	