

## HLÁSENIE O PACIENTOVI S CHRONICKOU OBŠTRUKČNOU CHOROBOU PLŮC ROK 2023

Hlásia ambulantní pneumológovia

<b>Identifikácia zariadenia</b>	<b>Rok spracovania:</b> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <b>Mesiac spracovania:</b> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
	<b>Názov zariadenia:</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	<b>Lekár vyplňujúci hlásenie</b> (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	<b>IČO PZS:</b> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
	<b>Kód PZS:</b> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
	<b>Dátum vyplnenia hlásenia</b> (uvádzajte dátum do 31.12. za hlásený rok) <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<b>Identifikačné údaje pacienta</b>	<b>Meno:</b> <input style="width: 150px;" type="text"/> <b>Priezvisko:</b> <input style="width: 150px;" type="text"/>
	<b>Dátum narodenia:</b> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <b>Rodné číslo:</b> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
	<i>(dopočítaný údaj)</i>
	<b>Trvalé bydlisko (ul., č.):</b> <input style="width: 150px;" type="text"/> <b>Obec:</b> <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<b>Pohlavie:</b> <i>(dopočítaný údaj)</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Vek:</b> <i>(dopočítaný údaj)</i> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<b>O akého pacienta ide?</b>	<b>1 - dispenzarizovaný - CHOCHP zistená v roku hlásenia</b>
	<b>2 - dispenzarizovaný - CHOCHP zistená v minulosti</b> <input type="checkbox"/>
<b>Stanovenie diagnózy, špecifikácia diagnózy a fajčenie</b>	<b>Stanovenie diagnózy:</b> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <i>(ak neviete deň, napíšte 15)</i> deň                      mesiac                      rok
	<b>Špecifikácia CHOCHP podľa MKCH-10:</b> <b>J44.80</b> - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 menej ako 35% n.h. <b>J44.81</b> - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 od 35% do 50% n.h. <b>J44.82</b> - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 od 50% do 70% n.h. <b>J44.83</b> - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 od 70% n.h. <b>J44.89</b> - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 neurčený <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
	Ak iná, uved' <input style="width: 150px;" type="text"/>
	<b>Klasifikácia ochorenia podľa Národných smerníc pre diagnostiku a liečbu CHOCHP/GOLD</b>
	<b>1 - GOLD A    2 - GOLD B    3 - GOLD C    4 - GOLD D</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Fajčenie</b> <b>3</b> - exfajčiar <b>6</b> - nefajčiar (nikdy nefajčil) <b>8</b> - súčasné fajčenie- nie viac ako 5 rokov <b>9</b> - súčasné fajčenie - viac ako 5 rokov <i>(čísla k fajčeniu zohľadňujú ich poradie vo vš. číselníku o fajčení)</i> <input type="checkbox"/>
<b>Poznámky</b>	<b>Poznámka lekára k údajom pacienta/ alebo pre NCZI:</b>