

HLÁSENIE O PACIENTOVI S NEUROMUSKULÁRNOU CHOROBOU

rok 2023

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"/>
	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"/> <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"/>
	Názov zariadenia: <input type="text"/> Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input type="text"/>
Identifikačné údaje pacienta	Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <input type="text"/> Pohlavie: (dopočítaný údaj) <input type="checkbox"/> Vek: <input type="text"/> <input type="text"/> (dopočítaný údaj):
	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"/> (v prípade neznámeho RČ uviesť pri mužovi 0010000000, pri žene 0030000000) Dátum narodenia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dopočítaný údaj)
	Adresa trv. bydliska (ul.,č.): <input type="text"/> Adresa trv.bydliska -obec: <input type="text"/>
Klinické príznaky, stanovenie diagnózy	Prvé klinické príznaky: <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"/> (ak nie je známy deň, uveďte dátum 15. v danom mesiaci) deň mesiac rok Stanovenie diagnózy: <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"/> deň mesiac rok
	Iné závažné choroby: <input type="text"/>
	Špecifikácia hlásenia: 1 - hlásenie novodiagnostikovaného pacienta 3 - kontrolné hlásenie - aktuálny stav 2 - prvé hlásenie dispenzarizovaného pacienta s dg. stanovenou v minulosti <input type="checkbox"/>
	Poznámka: <input type="text"/>
Špecifikácia diagnózy	Diagnóza podľa MKCH-10 s doplnením interného kódu na rozlíšenie špecifikácie danej diagnózy: Detská spinálna svalová atrofia, typ I [Werdnigov-Hoffmanov typ] - G12.0 Spinálna svalová atrofia typ 2 - G12.1a Spinálna svalová atrofia typ 3 Kugelberg-Welander - G12.1b Spinálna svalová atrofia typ 4 - G12.1c Bulbospinálna amyotrofia (M.Kennedy) - G12.2 Familiárna amyloidná polyneuropatia - G60.8 Akútna polyradikuloneuritída GBS - G61.0 Chronická inflamatórna demyelinizačná polyneuropatia - G61.8a Multifokálna motorická neuropatia - G61.8b Kongenitálny myastenický syndróm - G70.0a Myasténia gravis - G70.0b Faciaskapulohumerálna muskulárna dystrofia - G71.0a Duchennova svalová dystrofia - G71.0b Beckerova svalová dystrofia - G71.0c Myotonická dystrofia MD1 a MD2 - G71.1a Kongenitálna paramyotómia Eulenburg - G71.1b Kongenitálna muskulárna dystrofia - G71.2 Periodické paralýzy - G72.3 Pompeho choroba - G73.6 Polymyozitída - M33.2 Dermatomyozitída - M33.9 Inclusion body myositis - M60
	uvedť príslušný kód (v o-verziti bude v ISZI výber z číselníka aj s textom) <input type="checkbox"/>
	Kódovanie chorôb podľa: Ak iná dg. uveďte: <input type="text"/> podľa OMIM: <input type="text"/> podľa ORPHA: <input type="text"/>
Metodika určenia diagnózy	Metodika určenia diagnózy: DNA diagnostika <input type="checkbox"/> EMG diagnostika <input type="checkbox"/> Enzymologická diagnostika <input type="checkbox"/> Ak DNA diagnostika - typ mutácie: 1 - MLPM <input type="checkbox"/> Svalová biopsia <input type="checkbox"/> Autoprotílátky proti špecifickým antigénom <input type="checkbox"/> 2 - bodová mutácia <input type="checkbox"/> Vyšetrenie CSL <input type="checkbox"/> Ak bodová mutácia, uveďte typ: <input type="text"/> Ak iná diagnostika, uveďte: <input type="text"/>
Liečba	Aktuálna liečba: Kortikoterapia <input type="checkbox"/> Tymektómia <input type="checkbox"/> Translarna <input type="checkbox"/> Imunosupresívna liečba - preparát <input type="checkbox"/> Monoklonová protílátka <input type="checkbox"/> Ak iná liečba, uveďte: <input type="text"/> Plazmaferéza <input type="checkbox"/> Enzymatická substitučná liečba <input type="checkbox"/> V čase hlásenia bez kauzálnej liečby (týka sa novodg.pacienta) <input type="checkbox"/> IVIg <input type="checkbox"/> Nusinersen- antisense-oligonukleotidy <input type="checkbox"/>
Charakteristika klinického stavu, dĺžka liečby podľa výberu v "Špecifikácia hlásenia"	Charakteristika klinického stavu, dĺžka liečby Ak ide o novodiagnostikovaného pacienta (v roku hlásenia), uveďte: Klinický stav pacienta pred nastavením na liečbu (popis podľa uváženia): <input type="text"/> Ak ide o pacienta s dg. stanovenou pred rokom hlásenia (v špecif. hlásenia možnosť 2 alebo 3), uveďte: <input type="text"/> Klinický stav pacienta od poslednej kontroly: Trvanie doterajšej (poslednej aktuálnej) liečby pred hlásenou kontrolou: Bola potrebná zmena v liečbe? 1 - bez zmien <input type="checkbox"/> 1 - menej ako 1 rok <input type="checkbox"/> 1 - áno 2 - zlepšený <input type="checkbox"/> 2 - viac ako 1 rok <input type="checkbox"/> 2 - čiastočne 3 - zhoršený <input type="checkbox"/> 3 - viac ako 5 rokov <input type="checkbox"/> 3 - nie <input type="checkbox"/> Celkové trvanie farmakol. kauzálnej liečby (roky, ev.mesiace) od jej 1.nasadenia: <input type="text"/> Ak ide o možnosť 1,2 uveďte dôvod: <input type="text"/>
	Poznámka lekára k údajom pacienta/ alebo pre NCZI: