

### HLÁSENIE O PACIENTOVI S CIEVNOU MOZGOVOU PRÍHODOU

rok 2023

Identifikačné údaje pacienta	Rok spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mesiac spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> Názov zariadenia (dopočítaný údaj): <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"/> Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input type="text"/>				
	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"/> 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"/> (dopočítaný údaj) <span style="float: right; font-size: small;">(v prípade neznámeho RČ uviesť pri mužovi 0010000000, pri žene 0050000000)</span> Trvalé bydlisko (ulica, č.d.): <input type="text"/> Obec: <input type="text"/> Pohlavie: (dopočítaný údaj) <input type="checkbox"/> Vek: (dopočítaný údaj) <input type="text"/> <input type="text"/>				
Informácie o vzniku CMP / Prijem do nemocnice a stav pri prijatí	<b>PRVÉ KLINICKÉ PRÍZNAKY (dostupnosť informácie o vzniku CMP) / TRANSPORT</b>				
	Informácia o prvých klinických príznakoch CMP: 1 - objektívne údaje 2 - orientačné údaje <input type="checkbox"/> Išlo o wake up stroke? 1 - áno 2 - nie 9 - neznámy údaj <input type="checkbox"/> Dátum vzniku CMP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Čas vzniku CMP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> deň      mesiac      rok      hodina / minúta				
	Transport: Typ: 1 - primárny (priamo z terénu) 2 - sekundárny (z ambulancie: A - z tej istej nemocnice/ B - z inej ambulancie) 3 - sekundárny (preklad: A - z oddelenia tej istej nemocnice/ B - inej nemocnice) 4 - bez transportu (vznik CMP počas hospitalizácie v tej istej nemocnici) 5 - údaj sa nedá zistiť <input type="checkbox"/> Ak typ transportu 2 alebo 3, špecifikuj A alebo B <input type="text"/>				
	Spôsob transportu: 1 - RZP/RLP 2 - iný (akýkoľvek) alebo bez transportu 3 - údaj neznámy <input type="checkbox"/>				
Anamnéza	<b>PRÍJEM DO NEMOCNICE A PREKLAD / STAV PRI PRIJATÍ</b>				
	Dátum a čas odovzdania pacienta lekárovi nemocnice, ktorá hlási (pri primárnom transporte - "door" nemocnice): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> deň      mesiac      rok      hodina / minúta Ak preklad (medzi nemocnicami): Dátum a čas odchodu sanitky z 1. nemocnice na vyššie pracovisko (sekundárny transport): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> deň      mesiac      rok      hodina / minúta Bol pacient v akútnom štádiu hospitalizovaný na JIS alebo inom akútnom odd.(napr.ARO)? 1 - áno, v nemocnici, ktorá CMP hlási <input type="checkbox"/> 2 - áno, v inej nemocnici <input type="checkbox"/> 3 - nie <input type="checkbox"/>				
	Ak preklad (medzi nemocnicami): Dátum a čas prevzatia pacienta lekárom intervenčnej radiológie na vyššom pracovisku (v 2. nemocnici): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> deň      mesiac      rok      hodina / minúta				
Výšetrenia	<b>STAV PRI PRIJATÍ</b>				
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"> <b>Klinické príznaky pri prijatí:</b>                              1 - kmeňové <input type="checkbox"/>                              2 - hemisferické <input type="checkbox"/>                              3 - lakunárne <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 25%;"> <b>Porucha vedomia:</b>                              1 - áno <input type="checkbox"/>                              2 - nie <input type="checkbox"/>                              ▶ NIHSS skóre <input type="text"/>                              ▶ mRankin skóre (0-6) <input type="text"/> </td> <td style="width: 25%;"> <b>TK pri prijatí:</b>                              1 - meraný TK <input type="checkbox"/>                              2 - nameraný TK <input type="checkbox"/>                              3 - nameraný TK <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 25%;"> <b>Hodnota TK:</b>                              systolický tlak <input type="text"/> <input type="text"/>                              diastolický tlak <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> </table>	<b>Klinické príznaky pri prijatí:</b> 1 - kmeňové <input type="checkbox"/> 2 - hemisferické <input type="checkbox"/> 3 - lakunárne <input type="checkbox"/>	<b>Porucha vedomia:</b> 1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/> ▶ NIHSS skóre <input type="text"/> ▶ mRankin skóre (0-6) <input type="text"/>	<b>TK pri prijatí:</b> 1 - meraný TK <input type="checkbox"/> 2 - nameraný TK <input type="checkbox"/> 3 - nameraný TK <input type="checkbox"/>	<b>Hodnota TK:</b> systolický tlak <input type="text"/> <input type="text"/> diastolický tlak <input type="text"/> <input type="text"/>
	<b>Klinické príznaky pri prijatí:</b> 1 - kmeňové <input type="checkbox"/> 2 - hemisferické <input type="checkbox"/> 3 - lakunárne <input type="checkbox"/>	<b>Porucha vedomia:</b> 1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/> ▶ NIHSS skóre <input type="text"/> ▶ mRankin skóre (0-6) <input type="text"/>	<b>TK pri prijatí:</b> 1 - meraný TK <input type="checkbox"/> 2 - nameraný TK <input type="checkbox"/> 3 - nameraný TK <input type="checkbox"/>	<b>Hodnota TK:</b> systolický tlak <input type="text"/> <input type="text"/> diastolický tlak <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<b>OSOBNÁ ANAMNÉZA</b>				
Sledované chorobné stavy: stav po TIA 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> diabetes mellitus - OAD 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> arteriálna hypertenzia (HT) 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> stav po hemoragickej CMP 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> diabetes mellitus - inzulín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ide o liečenú HT? 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> stav po ischemickej CMP 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> fibrilácia predsiení 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> hyperlipidémia 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> stav po infarkte myokardu 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> iná porucha srdcového rytmu 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> iné závažné ochorenia (uveď): <input type="text"/>					
Výšetrenia	Antikoagulanciá (výber): 1 - warfarin 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> 6 - DOAK 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> 98 - iné 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> 99 - žiadne 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Ak iné, vypíš: <input type="text"/>				
	Antiagreganciá: aspirín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> clopidogrel 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> iné antiagreganciá: <input type="text"/>				
	Iné lieky: hypolipemiká-statíny 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> orálne kontraceptíva 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>				
Výšetrenia	<b>RIZIKOVÉ FAKTORY ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU</b>				
	Fajčenie: (číslo k fajčeniu zohľadňujú ich poradie vo vš. číselníku o fajčení) 3 - exfajčiar 6 - nefajčiar (nikdy nefajčil) 8 - súčasné fajčenie - nie viac ako 5 rokov 9 - súčasné fajčenie - viac ako 5 rokov X - neznáme <input type="checkbox"/> Alkoholi: (denne 60g a viac) 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/> Nadváha alebo obezita: 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/> Iný rizikový faktor (uveď): <input type="text"/>				
	<b>VÝŠETRENIA</b>				
Výšetrenia	Primárne rádiodiagnostické vyšetrenie: 1 - CT v nemocnici, ktorá hlási ochorenie 3 - MR v nemocnici, ktorá hlási ochorenie 5 - bez CT/MR <input type="checkbox"/> 2 - CT v inom zdravotníckom zariadení 4 - MR v inom zdravotníckom zariadení				
	Išlo o CT/MR angio? 1 - áno 2 - nie 9 - neznámy <input type="checkbox"/> Išlo o perfúzne CT? 1 - áno 2 - nie 9 - neznámy <input type="checkbox"/> Dátum a čas (CT alebo MR): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> deň      mesiac      rok      hodina / minúta				

		VÝŠETRENIA	
Vyšetrenia	<b>Výšetrenie dysfágie:</b> 1 - iba klinické 2 - špecifická metóda 3 - nevyšetrené Pri 1. alebo 2. možnosti bolo vyšetrenie dysfágie: 1 - do 24 hodín 2 - po 24 hodinách <b>Ak bola dysfágia vyšetrená špecifickou metódou, výber z možností:</b> 1 - Gugging Swallowing Screen - GUSS 3 - Acute Stroke Dysphagia Screening Tool - ASDST 2 - Water Swallow Test - WST 4 - The Toronto Bedside Swallowing Screening Test - TOR-BSST 5 - Massachusetts General Hospital, Swallow screening tool - MGH 6 - iné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Výšetrenie karotíd do 7 dní od prijatia:</b> 1 - áno 2 - nie
			<input type="checkbox"/>
<b>LIEČBA</b>			
Liečba	<b>NEINVAZÍVNA liečba:</b>		
	<b>Trombolytická liečba</b> 1 - v nemocnici, ktorá CMP hlási 2 - v inej nemocnici 3 - nepodaná		
	Pri uvedení možnosti 1, 2 uveď dátum a čas: <input type="text"/> <input type="text"/> deň <input type="text"/> <input type="text"/> mesiac <input type="text"/> <input type="text"/> rok <input type="text"/> <input type="text"/> hodina / <input type="text"/> <input type="text"/> minúta		
	Ak v inej nemocnici, výber z číselníka: <input type="text"/> Poznámka k trombolytickej liečbe: <input type="text"/>		
	<b>Dôvody nepodania trombolytickej liečby:</b> mimo časového okna 0 mierny klinický deficit 0 iný dôvod 0 ak iný dôvod, vypiš: <input type="text"/>		
	<b>Antiagreganciá:</b> Aspirín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Iné antiagreganciá (vypiš): <input type="text"/>		
	Heparín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Cerebrolyzín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Kortikoidy 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Heparín LMW - profylaxia VTE 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Manitol 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Nootropiká 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Orálne antikoagulanciá 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Antidepresíva 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> MgSO <sub>4</sub> 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Antibiotiká 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Iné (vypísať) <input type="text"/>		
	<b>INVAZÍVNA liečba:</b> Endovaskulárny výkon: trombektómia 0 coiling 0 stent 0		
	<b>Trombektómia</b> 1 - vykonaná v nemocnici, ktorá hlási 3 - preklad pre plánovanú trombektómiu v inej nemocnici 2 - vykonaná v inej nemocnici 9 - nebola vykonaná		
	Ak je uvedená možnosť 1 alebo 2, uveď: <b>Dátum a čas zahájenia trombektómie ("groin time"):</b> <input type="text"/> <input type="text"/> deň <input type="text"/> <input type="text"/> mesiac <input type="text"/> <input type="text"/> rok <input type="text"/> <input type="text"/> hodina / <input type="text"/> <input type="text"/> minúta <b>Dátum a čas rekanalizácie:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> deň <input type="text"/> <input type="text"/> mesiac <input type="text"/> <input type="text"/> rok <input type="text"/> <input type="text"/> hodina / <input type="text"/> <input type="text"/> minúta <b>Stupeň rekanalizácie - TIC1 (číselník):</b> 000 - žiadna perfúzia 010 - minimálna perfúzia, kontrastná látka preniká za miesto uzáveru, ale bez plnenia distálnych vetiev 02a - čiastočná perfúzia s inkompletným plnením distálnych vetiev (<2/3 teritória danej tepny) 02b - čiastočná perfúzia so spomaleným plnením distálnych vetiev 030 - kompletná perfúzia všetkých distálnych vetiev 090 - údaj neznámy Došlo počas výkonu rekanalizácie k symptomatickému krvácaniu? 1 - áno 2 - nie	Ak trombektómia v inej nemocnici, výber z číselníka: <input type="text"/> <b>Neurochirurgická operácia/výkon:</b> 1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - nie <input type="checkbox"/> Poznámka k invazívnej liečbe: <input type="text"/>	
<b>Dôvody nevykonanej MT napriek jej indikácii:</b> mimo časového okna 0 mierny klinický deficit 0 premorbidity 0 iný dôvod 0 ak iný dôvod vypiš: <input type="text"/>			
Konečná diagnóza	<b>KONEČNÁ KLINICKÁ DIAGNÓZA - typ CMP</b>		
	1. Hemoragická • subarachnoidálna (I60.0 - I60.9) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • intracerebrálna (I61.0-I61.9) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • iné neúrazové (I62.0-I62.9) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2. Ischemická • TIA (G45.02 - G45.99) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • LIM (I63.0-I63.9), (G46.0-G46.8) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Topografia LIM 1 - reverzibilná 2 - progredujúca 3 - ukončená 4 - iná <input type="checkbox"/> iná (vypiš) <input type="text"/>	3. Nešpecifikovaná (I64) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Etiopatogenéza	<b>ETIOPATOGENÉZA</b>		
	<b>Hemoragická CMP:</b> 1 - spontánna 2 - z aneuryzmy 3 - hemorágia do tumoru 4 - hemorágia do isch. ložiska 5 - z AV malformácie	6 - vaskulitída 7 - z nezisteného zdroja 8 - iná etiopatogenéza 9 - neudaná Ak iná hemoragická CMP, vypiš: <input type="text"/>	<b>Ischemická CMP:</b> 1 - kardioembolická 2 - aterotrombotická 3 - lakunárna 4 - kryptogénna
Ukončenie hospitalizácie, klinický stav a liečba pri prepustení	<b>UKONČENIE HOSPITALIZÁCIE, KLINICKÝ STAV A LIEČBA PRI PREPUSTENÍ</b>		
	<b>Dátum a čas ukončenia hospitalizácie (vrátane úmrtia):</b> <input type="text"/> <input type="text"/> deň <input type="text"/> <input type="text"/> mesiac <input type="text"/> <input type="text"/> rok <input type="text"/> <input type="text"/> hodina <input type="text"/> <input type="text"/> minúta		
	Bola hospitalizácia pacienta vo Vašej nemocnici dlhšia ako 40 dní? 1 - áno 2 - nie		
	<b>Spôsob ukončenia hospitalizácie:</b> 1 - prepustenie domov/do DSS; DD 2 - preklad - iné odd. / zdr. zariadenie 3 - akútne odd. 4 - exitus 9 - iné odd.		
	<b>Zhodnotenie klinického stavu:</b> NIHSS skóre <input type="text"/> <input type="text"/> mRankin skóre (od 0 do 6) <input type="text"/> <input type="text"/> Chôdza 10 m bez pomoci pri prepustení: 1 - áno 2 - nie		
<b>Odporúčaná liečba pri prepustení pacienta a informácia o FP (pri úmrtí pacienta sa neuvádza):</b>			
<b>Antiagreganciá</b> ASA 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Clopidogrel 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Ak iné, vypiš <input type="text"/>	<b>Antikoagulanciá</b> Warfarín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> DOAK 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Heparín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Heparín LMW - profylaxia VTE 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> Ak iná liečba (vypísať) / ak bez liečby (dôvod) <input type="text"/>	<b>Iná liečba</b> statín 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> nootropiká 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> antidepresíva 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>	
Poznámky na doplnenie, ev. upresnenie liečby: <input type="text"/>			
Poznámky			