

HLÁSENIE O PACIENTOVI S DIABETES MELLITUS - DETI  
 rok 2023

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania: <input type="text"/>	Mesiac spracovania: <input type="text"/>	Dátum vyplnenia hlásenia: <input type="text"/>				
	Názov zariadenia: (dopočítaný údaj): <input type="text"/>	Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input type="text"/>					
Identifikácia pacienta	IČO PZS: <input type="text"/>	Kód PZS: <input type="text"/>					
	Meno: <input type="text"/>	Priezvisko: <input type="text"/>					
	Dátum narodenia: (dopočítaný údaj) <input type="text"/>	Rodné číslo: <input type="text"/> <small>(v prípade neznámeho RČ uviesť pri mužovi 0010000000, pri žene 0050000000)</small>					
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo): <input type="text"/>	Obec: <input type="text"/>					
Stanovenie diagnózy DM	Pohlavie (dopočítaný údaj): <input type="text"/>	Vek (dopočítaný údaj): <input type="text"/>					
	<b>STANOVENIE DIAGNÓZY, ŠPECIFIKÁCIA DM</b>						
Rodinná a osobná anamnéza	Dátum zistenia diabetu: <input type="text"/>	Typ diabetu: 1- typ 1      3 - gestačný 2- typ 2      5 - iný špecifický typ <input type="checkbox"/>					
	Ak ide o iný špecifický typ DM, upresnite (napr. MODY) <input type="text"/>						
	<b>RODINNÁ ANAMNÉZA</b>		<b>RODINNÁ ANAMNÉZA II.</b>				
		Otec	Matka	Bratia	Sestry	<b>Celkový počet súrodencov</b>	
	DM typ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Počet bratov	<input type="text"/>
	DM typ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Počet sestier	<input type="text"/>
	Iný špecifický typ DM (napr. MODY)	<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"/>		
	Ochorenia štítnej žľazy	<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"/>		
<b>OSOBNÁ ANAMNÉZA</b>							
<b>Tehotenstvo a pôrod:</b>							
pôrodná hmotnosť (g) <input type="text"/>	pôrodná dĺžka (cm) <input type="text"/>	gestačný vek (týž.) <input type="text"/>					
<b>PREDCHOROBIE A KLINICKÉ PRÍZNAKY DM</b>							
<b>Posledná prekonaná akútna infekcia pred DM (výber):</b>							
01 - infekť HDC	02 - infekť DDC	08 - parotitis	09 - covid-19    07 - iné    10 - bez infekcie <input type="checkbox"/>				
Ak sa uviedlo "iné" ochorenie, špecifikujte ho: <input type="text"/>							
Čas prekonaného infektu pred zistením diabetu (v týždňoch) <input type="text"/>		Liečba kortikosteroidmi v poslednom roku: 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>					
<b>Špecifické klinické príznaky pred zistením DM:</b>							
Polydipsia <input type="checkbox"/>	Polyfágia <input type="checkbox"/>	Neprimeraná únava <input type="checkbox"/>	žiaden z uvedených klinických príznakov? <input type="checkbox"/>				
Polyúria <input type="checkbox"/>	Balanitída/ Vulvitída <input type="checkbox"/>	Pokles hmotnosti (kg) <input type="checkbox"/>	Ak áno, koľko cca kg? <input type="text"/>				
<b>VYŠETRENIA PRI PRIJATÍ DO NEMOCNICE</b>							
Hmotnosť: <input type="text"/> kg	Vstupná glykémia (mmol/l) <input type="text"/>						
Výška: <input type="text"/> cm	Hodnota vstupného glykovaného hemoglobínu ( v%) <input type="text"/>						
Ketoacidóza 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/>	podľa IFCC <input type="checkbox"/>						
Výšetrenie C-peptidu 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>	podľa DCCT <input type="checkbox"/>						
		Laboratórne vyšetrenie - HLA 1 - robené 2 - nerobené <input type="checkbox"/>					
Výsledok laboratórneho vyšetrenia - HLA typ <input type="text"/>							
<b>LIEČBA PRI PREPUSTENÍ, KOMPLIKÁCIE</b>							
<b>Denná dávka inzulínu pri prepustení:</b>		<b>Komplikácie:</b>					
v jednotkách		<b>Retinopatia</b>	<b>Nefropatia</b>				
počet jednotiek na kg hmotnosti (dopočítaný údaj) <input type="text"/>		1. pozitívna	1. pozitívna				
Počet podaní inzulínu denne: <input type="text"/>		2. negatívna	2. negatívna				
Inzulínová pumpa: 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>		3. nevyšetrená <input type="checkbox"/>	3. nevyšetrená <input type="checkbox"/>				
Iná medikamentózna liečba: <input type="text"/>		Hmotnosť pri prepustení (v kg, na 1 desatinné miesto) <input type="text"/>					
Poznámky	Doplňujúce informácie o pacientovi - môžete uviesť aj PSČ adresy pacienta:						