

HLÁSENIE O PACIENTOVI S TUBERKULÓZOU ROK 2023

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Mesiac spracovania: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	ID pacienta: T B - 2 0 2 3 - <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	IČO PZS: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Kód PZS: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
	Názov zariadenia: <input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> (doplní sa automaticky)				
	Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/>				
Identifikačné údaje pacienta	Dátum vyplnenia základného hlásenia: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Kód hlásiaceho oddelenia - SJ 1: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
	Dátum vyplnenia (kontrolného) hlásenia o výsledku liečby: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Kód hlásiaceho oddelenia - SJ 2: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
Typ hlásenia	Meno: <input style="width: 150px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Priezvisko: <input style="width: 150px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Rodné priezvisko: <input style="width: 150px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	Pohlavie: (automaticky dopočítaná položka) <input type="checkbox"/>	Vek: (automaticky dopočítaná položka) <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> deň	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mesiac	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> rok
	Rodné číslo: <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Dátum narodenia: (aut. dopočítaná položka) <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo): <input style="width: 180px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Trvalé bydlisko (obec): <input style="width: 180px; border: 1px solid black;" type="text"/> (výber)	Národnosť: <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/> (výber)		
Špecifikácia TBC, lokalizácia ochorenia	Národnosť: <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/> (výber)			Štátna príslušnosť: <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/> (výber)	Krajina pôvodu: <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/> (výber)
	Ekonomická aktivita: 0 - dieťa/žiak/študent 1 - pravidelne zamestnaný 2 - príležitostne zamestnaný 3 - nezamestnaný				
	4 - dôchodca-invalidný 5 - dôchodca -starobný 6 - žiadny, závislá od inej osoby 7 - iný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>				
	1 - Novozistený prípad 2 - Recidíva 3 - Po zlyhaní liečby 4 - Po prerušení liečby 5 - Chronik <input type="checkbox"/>				
Špecifikácia TBC, lokalizácia ochorenia	Špecifikácia TBC podľa MKCH-10: <input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> (výber)				
	Špecifikácia TBC podľa MKCH-10: <input style="width: 90%; border: 1px solid black;" type="text"/> (výber)				
	Hlavné miesto ochorenia (uviesť iba jedno podľa závažnosti, ak ide aj o pľúcnu formu, uviesť ju ako hlavné miesto):				
	1 - pľúca	5 - kosti, kĺby - chrbtica	9 - močové ústrojenstvo	13 - peritoneum, tráviaci trakt	<input type="checkbox"/>
2 - pleura	6 - kosti, kĺby mimo chrbtice	10 - pohlavné ústrojenstvo	14 - iné	<input type="checkbox"/>	
3 - vnútrohrudníkové uzliny	7 - meningy	11 - koža	ak iné, uveď: <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
4 - mimohrudníkové uzliny	8 - CNS	12 - diseminované			
Výsledky vyšetrení pred začatím a po ukončení liečby	Špecifikácia TBC, lokalizácia ochorenia				
	Vedľajšie miesto ochorenia (ak existuje, uveďte najviac jedno):				
	1 - pľúca	5 - kosti, kĺby - chrbtica	9 - močové ústrojenstvo	13 - peritoneum, tráviaci trakt	<input type="checkbox"/>
	2 - pleura	6 - kosti, kĺby mimo chrbtice	10 - pohlavné ústrojenstvo	14 - iné	<input type="checkbox"/>
3 - vnútrohrudníkové uzliny	7 - meningy	11 - koža	ak iné, uveď: <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
4 - mimohrudníkové uzliny	8 - CNS	12 - diseminované			
Výsledky vyšetrení pred začatím a po ukončení liečby	I. Výsledky bakteriologických vyšetrení				
	<i>Pred začatím liečby:</i>			<i>Po ukončení liečby:</i>	
	Mikroskopicky:	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>
	Kultivačne:	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>
	Molekulárno-biologicky:	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>
	Histologicky:	1-pozitívne	2-negatívne	9-neznámy	<input type="checkbox"/>
	Dátum prvej pozitivity:	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		deň	mesiac	rok	
	Dátum poslednej pozitivity:	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		deň	mesiac	rok	
Výsledky vyšetrení pred začatím a po ukončení liečby	Positívny materiál				
	<i>Pred začatím liečby:</i>			<i>Po ukončení liečby:</i>	
	1 - spútum	<input type="radio"/>		1 - spútum	<input type="radio"/>
	2 - laryngeálny výmaz	<input type="radio"/>		2 - laryngeálny výmaz	<input type="radio"/>
	3 - bronchiálny sekret (BAL)	<input type="radio"/>		3 - bronchiálny sekret (BAL)	<input type="radio"/>
	4 - moč	<input type="radio"/>		4 - moč	<input type="radio"/>
	5 - hnis	<input type="radio"/>		5 - hnis	<input type="radio"/>
	6 - pleurálny punktát	<input type="radio"/>		6 - pleurálny punktát	<input type="radio"/>
	7 - likvor	<input type="radio"/>		7 - likvor	<input type="radio"/>
	8 - menštruačná krv	<input type="radio"/>		8 - menštruačná krv	<input type="radio"/>

	9 - periférna lymfatická uzlina <input type="radio"/>	9 - periférna lymfatická uzlina <input type="radio"/>
	10 - iný materiál <input type="text"/>	10 - iný materiál <input type="text"/>
	Typ mykobaktérií: 1 - M. tuberculosis 3 - M. avium 5 - M. xenopi 7 - iné <input type="checkbox"/>	2 - M. bovis 4 - M. kansasii 6 - neznáme ak iný, uveď: <input type="text"/>
Výsledky vyšetrení pred začatím, počas a po ukončení liečby	II. Iné ciele vyšetrenia	
	Citlivosť na antituberkulotické lieky	
	<i>Pred začatím liečby:</i>	<i>Počas liečby:</i>
	INH - Isoniazid 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	INH - Isoniazid 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	RIF - Rifampicin 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	RIF - Rifampicin 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	PZA - Pyrazinamid 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	PZA - Pyrazinamid 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	EMB - Etambutol 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	EMB - Etambutol 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	STM - Streptomycín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	STM - Streptomycín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	Kanamycín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	Kanamycín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	Amikacín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	Amikacín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	Cykloserín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	Cykloserín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	Etionamid 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	Etionamid 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	Viomycín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	Viomycín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	Kapreomycín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	Kapreomycín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	Levofloxacin 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	Levofloxacin 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	Moxifloxacin 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	Moxifloxacin 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	Ofloxacín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	Ofloxacín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	Ciprofloxacín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	Ciprofloxacín 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	Kyselina paraaminosalicylová 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	Kyselina paraaminosalicylová 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	Bedaquilin 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	Bedaquilin 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	Delamanid 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	Delamanid 1 - citlivý 2 - rezistentný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>
	Laboratórium, sídlo: <input type="text"/>	Laboratórium, sídlo: <input type="text"/>
	RTG vyšetrenie/obraz: <i>Pred začatím liečby:</i>	RTG vyšetrenie/obraz: <i>Po ukončení liečby:</i>
	1 - s nálezom 2 - bez nálezu 3 - nevyšetrené <input type="checkbox"/>	1 - zlepšený 2 - nezmenený 3 - zhoršený 4 - neznámy <input type="checkbox"/>
Osobná anamnéza (vybrané údaje)	Osobná anamnéza I. - minulosť	
	Očkovanie proti TBC: 1 - očkovaný 2 - neočkovaný 9 - neznámy <input type="checkbox"/>	Ak očkovaný, uveď rok: <input type="text"/>
	Posledný test Mantoux II pred liečbou: 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>	ak áno, uveď rok: <input type="text"/> a výsledok (mm): <input type="text"/>
	Pacient už mal v minulosti tuberkulózu? 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/>	Ak áno, uveď rok: <input type="text"/>
	Ak áno, bola vtedy liečená antituberkulotikami? 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/>	
	Ak áno, trvala liečba viac ako 4 týždne? 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/>	
	Ak áno, aký bol výsledok liečby? 1 - vyliečený 2 - liečba ukončená 3 - zlyhanie liečby 4 - prerušenie liečby 9 - neznáme <input type="checkbox"/>	
	Osobná anamnéza II. - súčasnosť	
	Spôsob zistenia tuberkulózy: 1 - vyšetrenie pre obťaženie 2 - kontrola evidovaných 3 - vyšetrenie kontaktov 4 - prevencia 5 - pitva 6 - iný spôsob 7 - neznáme <input type="checkbox"/>	
	Trvanie ťažkostí pred prvým podozrením na tuberkulózu: 1 - neboli 2 - do 1 mesiaca 3 - do 3 mesiacov 4 - viac ako 3 mesiace 9 - neznáme <input type="checkbox"/>	
Hospitalizácia pre TBC: 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>	Ak áno, dátum: od <input type="text"/> deň mesiac <input type="text"/> rok <input type="text"/> do <input type="text"/> deň mesiac <input type="text"/> rok <input type="text"/>	
HIV status: 1 - HIV negativita 2 - HIV pozitivita 9 - neznáme <input type="checkbox"/>		

	Pridružené choroby (uveďte najviac tri): diabetes mellitus <input type="radio"/> zhubný nádor <input type="radio"/> neznáme <input type="radio"/> duševná choroba <input type="radio"/> iné <input type="radio"/>	
	Pridružené iné podmienky: alkoholik <input type="radio"/> toxikománia <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> liečba steroidmi <input type="radio"/> iné <input type="radio"/> (uveďte najviac tri) bezdomovec <input type="radio"/> žije v DSS <input type="radio"/> žije v rómskej osade <input type="radio"/> <input type="text"/>	
Začiatok liečby	Liečba TBC: 1 - nebola začatá 2 - začatá ambulantne 3 - začatá počas hospitalizácie 4 - neznáme 5 - úmrtie <input type="checkbox"/>	
Priebeh liečby	Liečenie antituberkulotikami	
	<i>Iniciálna fáza:</i>	
	Frekvencia liečby	1 - denne 2 - dvakrát týždenne 3 - trikrát týždenne <input type="checkbox"/>
	INH - Isoniazid	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>
	RIF - Rifampicín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>
	PZA - Pyrazinamid	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>
	EMB - Etambutol	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>
	STM - Streptomycín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>
	Kanamycín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>
	Amikacín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>
	Cykloserín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>
	Etionamid	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>
	Viomycín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>
	Kapreomycín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>
	Levofloxacín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>
	Moxifloxacín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>
	Ofloxacín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>
Ciprofloxacín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Kyselina paraaminosalicylová	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Bedaquilin	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Delamanid	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
<i>Pokračujúca fáza:</i>		
Frekvencia liečby	1 - denne 2 - dvakrát týždenne 3 - trikrát týždenne <input type="checkbox"/>	
INH - Isoniazid	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
RIF - Rifampicín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
PZA - Pyrazinamid	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
EMB - Etambutol	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
STM - Streptomycín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Kanamycín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Amikacín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Cykloserín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Etionamid	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Viomycín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Kapreomycín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Levofloxacín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Moxifloxacín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Ofloxacín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Ciprofloxacín	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Kyselina paraaminosalicylová	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Bedaquilin	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Delamanid	1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/> ak áno, koľko dní: <input type="text"/>	
Komplikácie liečenia antituberkulotikami (uveďte všetky): žiadne <input type="radio"/> GIT <input type="radio"/> očné <input type="radio"/> renálne <input type="radio"/> iné <input type="text"/> pečevné <input type="radio"/> alergické <input type="radio"/> neurologické <input type="radio"/> nespolupráca <input type="radio"/> <input type="text"/>		
Klinický obraz: 1 - zlepšený 2 - nezmenený 3 - zhoršený 4 - zomrel 5 - neznáme <input type="checkbox"/>		
Vyhodnotenie liečby: 1 - vyliečený 2 - ukončená liečba 3 - úmrtie 4 - zlyhanie liečby 5 - prerušenie liečby 6 - stále liečený 7 - presťahovaný 8 - neznáme údaje <input type="checkbox"/>		
Chýbajú údaje o pacientovi, lebo: 1 - odsťahoval sa na neznámu adresu 2 - odsťahoval sa mimo SR 3 - úmrtie 4 - neznáme <input type="checkbox"/>		
Úmrtie	Ak pacient zomrel: dátum úmrtia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>deň mesiac rok</small>	
	Príčina smrti: 1 - tuberkulóza 2 - iné 3 - neznáma <input type="checkbox"/> ak iná, uveď: <input type="text"/>	
Poznámky	Doplnujúce informácie:	