

Hlásenie o pacientovi po transplantácii pľúc - rok 2027

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania:						
	Mesiace spracovania:						
	IČO PZS:						
	Kód PZS:						
	Názov zariadenia:						
	Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul)						
	Dátum vyplnenia hlásenia:						
Identifikačné údaje pacienta	Meno:						
	Priezvisko:						
	Rodné číslo:						
	Dátum narodenia:						
	Pohlavie (dopočítaný údaj) :						
	Adresa trv.bydliska (ulica, číslo):						
	Adresa trv.bydliska (výber obce/ mesta)						
Špecifikácia diagnózy/stavu pacienta podľa MKCH-10	Diagnóza/stav pacienta podľa MKCH-10						
	C 96.6 Unifokálna histiocytóza z Langerhansových buniek	J 44.99 Chronická obštrukčná choroba pľúc bližšie neurčená, FEV1 neurčený					
	D 18.18 Lymfangióm iného miesta	J 84.9 Choroba interstícia pľúc, bližšie neurčená					
	E 84.0 Cystická fibróza s pľúcnyimi prejavmi	Q 85.1 Tuberózná skleróza					
	E 84.87 Cystická fibróza s inými viacpočetnými prejavmi	T86.81 Zlyhanie a odvrhnutie transplantovaných pľúc					
	I 27.0 Primárna pľúcna hypertenzia						
	Ak diagnóza mimo výberu z MKCH-10, uveď:						
	Špecifické kódovanie:						
	– podľa OMIM (vyplní NCZI):						
	– podľa ORPHA (vyplní NCZI) :						
Transplantácia pľúc - vybrané údaje	Dátum transplatácie pľúc (ak nie je známy deň a mesiac, uvádzajte 31.12.):						
		deň	mesiac	rok			
	Typ transplantácie (výber):						
	1.Ľavostranná transplantácia pľúc	Vek pacienta v čase výkonu transplantácie (dopočítaný údaj) :					
	2.Pravostranná transplantácia pľúc	Dátum úmrtia pacienta po transplantácii (doplň NCZI alebo SJ) :					
	3.Obojstranná transplantácia pľúc						
	4.Transplantácia srdce-pľúca						
5. Iná	deň	mesiac	rok				
Poznámka lekára k údajom pacienta (napr. známy údaj o úmrtí pacienta, ale bez znalosti dátumu) alebo pre NCZI: 							