

# HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZRIEDKAVOU CHOROBOU II

ROK 2027

Hlásia: príslušné expertízne/specializované pracoviská zaoberajúce sa ZCH

|                              |                                                                                                                       |                      |                                                                            |                      |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Identifikácia zariadenia     | Rok spracovania:                                                                                                      | <input type="text"/> | Mesiac spracovania:                                                        | <input type="text"/> |
|                              | Názov zariadenia:                                                                                                     | <input type="text"/> |                                                                            |                      |
|                              | Priezvisko, meno, titul lekára:                                                                                       | <input type="text"/> |                                                                            |                      |
|                              | IČO PZS:                                                                                                              | <input type="text"/> |                                                                            |                      |
|                              | Kód PZS:                                                                                                              | <input type="text"/> |                                                                            |                      |
|                              | Dátum vyplnenia hlásenia (dopočítaný údaj)                                                                            | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                       | <input type="text"/> |
| Identifikačné údaje pacienta | Meno:                                                                                                                 | <input type="text"/> | Priezvisko:                                                                | <input type="text"/> |
|                              | Dátum narodenia:                                                                                                      | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                       | <input type="text"/> |
|                              | (dopočítaný údaj)                                                                                                     |                      | Rodné číslo:                                                               | <input type="text"/> |
|                              |                                                                                                                       |                      | (v prípade neznámeho RČ uviesť pri mužovi 0010000000, pri žene 0050000000) |                      |
|                              | Trvalé bydlisko (ul., č.):                                                                                            | <input type="text"/> | Obec:                                                                      | <input type="text"/> |
|                              | Pohlavie: (dopočítaný údaj)                                                                                           | <input type="text"/> | Vek: (dopočítaný údaj)                                                     | <input type="text"/> |
| Špecifikácia a pacienta      | Ide o pacienta s novodiagnostikovanou zriedkavou chorobou (ZCH) v hlásenom roku? 1 - áno 2 - nie <input type="text"/> |                      |                                                                            |                      |
|                              | Ak nie, uveďte rok stanovenia diagnózy: <input type="text"/>                                                          |                      |                                                                            |                      |
| Špecifikácia diagnózy        | MKCH-10 (kód, popis z e-výberu): <input type="text"/>                                                                 |                      |                                                                            |                      |
|                              | Upresnenie ZCH, ak v MKCH táto dg. nie je dostatočne špecifikovaná:                                                   |                      |                                                                            |                      |
|                              | OMIM                                                                                                                  | <input type="text"/> | ORPHA                                                                      | <input type="text"/> |
|                              | Doplňujúce informácie o pacientovi, ak je to potrebné:                                                                |                      | <input type="text"/>                                                       |                      |
| Iná informácia               | Ak dieťa ešte nemalo pridelené kompletne rč, tak uveďte rč matky: <input type="text"/>                                |                      |                                                                            |                      |
| Poznámka                     | <input type="text"/>                                                                                                  |                      |                                                                            |                      |