NÁRODNÝ REGISTER VRODENÝCH CHÝB
podľa Zákona č.153 / Z.z o Národnom zdravotníckom informačnom systéme
a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení niektorých predpisov

ZR_VCH

HLÁSENIE O DIEŤATI S VRODENOU CHYBOU
ROK 2027

Identifikácia zariadenia

Rok spracovania: **Mesiac spracovania:** **Dátum vyplnenia hlásenia:**

Názov zariadenia:

Lekár vypĺňajúci hlásenie (*v tvare Priezvisko Meno, Titul*):

IČO PZS: **Kód PZS:**

Identifikačné údaje dieťaťa

DIEŤA

Meno: **Priezvisko:**

Dátum narodenia: (*dopočítaný údaj*) **Rodné číslo:** /

Pohlavie: **1 -** mužské **2 -** ženské **0 -** nezistené

VYBRANÁ ŠPECIFIKÁCIA HLÁSENÉHO PRÍPADU

1 - dieťa z hniezda záchrany
2 - dieťa z anonymného pôrodu
(v danom výbere sa identifikačné údaje dieťaťa - okrem pohlavia / nevypisujú)

Dieťa z asistovanej reprodukcie:
1 - áno
2 - nie
9 - údaj neznámy/ neudaný

STAV DIEŤAŤA

1 - mŕtvonarodené / úmrtie pri pôrode
2 - zomrelo do 7 dní po narodení
3 - zomrelo od 7.dňa do 1roka
4 - žije

Dátum úmrtia:

Údaje o rodičoch dieťaťa

MATKA

Meno: **Priezvisko:**

Rodné číslo: /

pri hniezde záchrany, anonymnom pôrode či pri nezistiteľnom rodnom čísle je tvar RČ 0050000000

Trvalé bydlisko (*ulica, č. d.*): **Obec:**

ZÁVAŽNÉ OCHORENIA A RF V OSOBNEJ ANAMNÉZE MATKY

pred tehotenstvom (v e-formulári výber z MKCH) **Ak choroba / RF nie je vo výbere MKCH, uviesť slovne:** negatívna OA:

počas 1.trimestra (v e-formulári výber z MKCH) **Ak choroba / RF nie je vo výbere MKCH, uviesť slovne:** negatívna OA:

Diagnóza VCH dieťaťa, jej záchyt, diagnostika, charakteristika

Do tabuľky zadajte údaje (nehodiace sa / neznáme vynechajte)

Kód MKCH 1
Kód MKCH 2
Kód MKCH 3
Kód MKCH 4
Kód MKCH 5
Kód MKCH 6
Kód MKCH 7
Kód MKCH 8
Kód MKCH 9
Kód MKCH 10

A	A1	A2	B	B1	B2	C	C1 (vypíšte slovne)	D	E	F	F1 (vypíšte slovne)

A **Záchyt vrodenej chyby:**
1 - iba prenatálne
2 - iba postnatálne
3 - prenatálne aj postnatálne
9 - údaj neznámy / neudaný

A1 **Ak prenatálne, uveďte, v ktorom gestačnom týždni bola zistená VCH:**

A2 **Ak postnatálne, vyberte:**
1 - do 7. dňa
2 - od 7. dňa do 1 roka
3 - od 1. r. - 15. r.
4 - od 15. r. - 18. r.

B **Prenatálne vyšetrenia - skríningové:**
1 - pozitívne / abnormálne markery
2 - negatívne
3 - vyšetrenie absolvované (nález neznámy)
4 - vyšetrenie neabsolvované
5 - žiadna informácia nie je k dispozícii

B1 **Boli vykonané ďalšie prenatálne vyšetrenia okrem skríningu?**
Infektologické z indikácie dedičnej choroby a pod.
1 - áno 2 - nie 9 - neznámy / neudaný

B2 **Bol zistený záchyt VCH na základe neskríningových vyšetrení?**
1 - áno 2 - nie 9 - neznámy / neudaný

C **Prenatálne vyšetrenia - špecifické** (možné vybrať viacero odpovedí):
1 - cytogenetické
2 - molekulárne genetické (DNA)
3 - biochemické, serológia
4 - zobrazovacie metódy (UZV)
5 - iné vyšetrenie
9 - údaj neznámy / neudaný

C1 **Ak pozitívny výsledok aj pri inom vyšetrení, uveďte, pri akom:**

D **Stupeň dilatácie dutého systému obličky:** (Údaj vyplňte iba v prípade diagnostického rozmedzia Q60.0 – Q64.9)
1 - bez dilatácie 2 - I.stupeň 3 - II.stupeň 4 - III.stupeň 5 - IV.stupeň 6 - neuvádza sa

E **Vyberte stupeň závažnosti podľa Grapha pri deformite bedra:** (Údaj vyplňte iba v prípade diagnostické rozmedzia Q65.0 – Q65.9)
1 - Graph - 2c 2 - Graph - d 3 - Graph - 3 4 - Graph - 4

F **Bola realizovaná intervencia pri VCH srdca?** (možné vybrať viacero odpovedí) (Údaj vyplňte iba v prípade diagnostického rozmedzia Q20.0 – Q28.9)
1 - plánovaná 2 - realizovaná - katetrizačná 3 - realizovaná - operačná 4 - inoperabilný stav / iba paliatíva 5 - žiadna intervenčná liečba

F1 **Popis typu intervencie:**

Správy

Správy/iné dôležité informácie od lekára, ktorý prípad hlási: