

## HLÁSENIE O PACIENTOVI S CHRONICKOU OBŠTRUKČNOU CHOROBOU PLŮC ROK 2025

Hlásia ambulantní pneumológovia

<b>Identifikácia zariadenia</b>	Rok spracovania: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Mesiac spracovania: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Názov zariadenia (dopočítaný údaj): <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> IČO PZS: <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> Kód PZS: <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> Dátum vyplnenia hlásenia (uvádzajte dátum do 31.12. za hlásený rok) <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/>
<b>Identifikačné údaje pacienta</b>	Meno: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Priezvisko: <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/> Dátum narodenia: <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> (dopočítaný údaj) Trvalé bydlisko (ul., č.): <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/> Obec: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Pohlavie: (dopočítaný údaj) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vek: (dopočítaný údaj) <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/>
<b>O akého pacienta ide?</b>	1 - dispenzarizovaný - CHOCHP zistená v roku hlásenia      2 - dispenzarizovaný - CHOCHP zistená v minulosti <input type="checkbox"/>
<b>Stanovenie diagnózy, špecifikácia diagnózy a fajčenie</b>	<b>Stanovenie diagnózy:</b> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> (ak nevíete deň, napíšte 15)      deň      mesiac      rok <b>Špecifikácia CHOCHP podľa MKCH-10:</b> J44.80 - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 menej ako 35% n.h. J44.81 - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 od 35% do 50% n.h. J44.82 - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 od 50% do 70% n.h. J44.83 - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 od 70% n.h. J44.89 - Iná bližšie určená chronická obštrukčná choroba pľúc, FEV1 neurčený <input style="width: 40px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> <input style="width: 20px; height: 20px;"/> Ak iná, uveď <input style="width: 450px; height: 20px;" type="text"/>
	<b>Klasifikácia ochorenia podľa Národných smerníc pre diagnostiku a liečbu CHOCHP/GOLD</b> 1 - GOLD A      2 - GOLD B      3 - GOLD C      4 - GOLD D <input type="checkbox"/>
	<b>Fajčenie</b> 3 - exfajčiar      6 - nefajčiar (nikdy nefajčil)      8 - súčasné fajčenie- nie viac ako 5 rokov 9 - súčasné fajčenie - viac ako 5 rokov      (čísla k fajčeniu zohľadňujú ich poradie vo vš. číselníku o fajčení) <input type="checkbox"/>
<b>Poznámky</b>	Poznámka lekára k údajom pacienta/ alebo pre NCZI: