

HLÁSENIE O PACIENTOVI S ENDOVASKULÁRNYM VÝKONOM rok 2025

Pre kontrolu dát o endovýkonoch sa v tejto zjednodovanej endohlásenke hlásia iba tí pacienti, ktorých endopracovisko vrátilo naspäť na 1. (indikujúce) pracovisko, prípadne ak pacient v nemocnici, kde bol endovýkon realizovaný, zomrel.

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mesiac spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Názov zariadenia (dopočítaný údaj): <input type="text"/>	
	Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input type="text"/>	
	IČO PZS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Kód PZS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Identifikačné údaje pacienta	Meno: <input type="text"/>	
	Dátum narodenia: (dopočítaný údaj) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Priezvisko: <input type="text"/>	
	Rodné číslo: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(v prípade neznámeho RC uviesť pri mužovi 0010000000, pri žene 0050000000)</small>	
Trvalé bydlisko (ulica, č.d.): <input type="text"/>		
Obec: <input type="text"/>		
Pohlavie: (dopočítaný údaj) <input type="text"/>		
Vek: (dopočítaný údaj) <input type="text"/> <input type="text"/>		
Príjem do nemocnice - vstupné informácie	PRÍJEM DO NEMOCNICE - vstupné informácie	
	Dátum a čas prevzatia pacienta lekárom intervenčnej radiológie: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	V ktorej nemocnici bol pacientovi indikovaný endovýkon? (výber) <input type="text"/>	
	deň mesiac rok hodina minúta	
Bola pacientovi v 1.(prekladajúcej) nemocnici podaná trombolytická liečba? 1- áno 2- nie <input type="checkbox"/>		
Bola pacientovi v nemocnici, ktorá endovýkon hlási, podaná trombolytická liečba? 1- áno 2- nie <input type="checkbox"/>		
Intervenčné výkony	INTERVENČNÉ VÝKONY	
	Endovaskulárny výkon (hlási len nemocnica, ktorá ho sama realizovala): <input type="checkbox"/>	
	Poznámka k trombektómii: stent-trombektomické zariadenie nie je extra- alebo intra- kranálny stent	
	Trombektómia: 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>	
	Ak trombektómia áno- typ:	
	Stent: 1 - zavedený spolu s trombektómiou 1 - mechanická trombektómia iba trombosukciou	
	2 - zavedený bez trombektómie 2 - mechanická trombektómia stent-trombektomickým zariadením a trombosukciou	
	3 - zavedený s časovým odstupom po trombektómii <input type="checkbox"/> 3 - mechanická trombektómia s ponechaným extra- alebo intra- kranálnym stentom <input type="checkbox"/>	
	Dátum a čas zahájenia trombektómie ("groin time") sólo/spolu so stentom <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Dátum a čas rekanalizácie: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
deň mesiac rok hodina minúta deň mesiac rok hodina minúta		
Stupeň rekanalizácie - TICI (podľa číselníka z výberu) :		
000 - Žiadna perfúzia 02b - Čiastočná perfúzia so spomaleným plnením distálnych vetiev		
010 - Minimálna perfúzia, kontrastná látka preniká za miesto uzáveru, ale bez plnenia dist. vetiev 030 - Kompletná perfúzia všetkých distálnych vetiev		
02a - Čiastočná perfúzia s inkompletným plnením distálnych vetiev (< 2/3 teritória danej tepny) 090 - údaj neznámy <input type="checkbox"/>		
Došlo počas výkonu rekanalizácie k symptomatickému krvácaniu? 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>		
Ak bol stent zavedený bez trombektómie alebo s časovým odstupom po trombektómii, uveď: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
deň mesiac rok hodina minúta		
Poznámky k predmetným intervenčným výkonom:		
Ukončenie hospitalizácie	UKONČENIE HOSPITALIZÁCIE / 1-dňová zdravotná starostlivosť	
	Dátum a čas ukončenia hospitalizácie /1-dňová zdravotná starostlivosť <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	deň mesiac rok hodina minúta	
Spôsob ukončenia: 3 - Preklad - iné odd. / zdr. zariadenie 4 - Exitus <input type="checkbox"/>		
► Ak preklad, ide o "návrat" do 1.nemocnice, ktorá endovýkon indikovala? 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>		
Poznámky	Doplňujúce info od lekára, ktorý prípad hlásil	