

HLÁSENIE O PACIENTOVI S NEUROMUSKULÁRNOU CHOROBOU

rok 2025

Identifikaçia zariadenia	Rok spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mesiac spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> Dátum vyplnenia hlásenia: <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"/>
	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"/>
	Názov zariadenia: <input type="text"/> Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input type="text"/>
Identifikačné údaje pacienta	Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <input type="text"/> Pohlavie: (dopoçítaný údaj) <input type="checkbox"/> Vek: <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"/>
	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"/>
	Dátum narodenia: <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"/>
	Adresa trv. bydliska (ul.,č.): <input type="text"/> Adresa trv.bydliska -obec: <input type="text"/>
Klinické príznaky, stanovenie diagnózy	Prvé klinické príznaky: <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"/>
	Stanovenie diagnózy: <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"/>
	Iné závažné choroby: <input type="text"/>
	Špecifikácia hlásenia: 1 - hlásenie novodiagnostikovaného pacienta 3 - kontrolné hlásenie - aktuálny stav <input type="checkbox"/> 2 - prvé hlásenie dispenzarizovaného pacienta s dg.stanovenou v minulosti <input type="checkbox"/>
	Poznámka: <input type="text"/>
Špecifikácia diagnózy	Diagnóza podľa MKCH-10 s doplnením interného kódu na rozlíšenie špecifikácie danej diagnózy: Detská spinálna svalová atrofia, typ I [Werdnigov-Hoffmanov typ] - G12.0 Facioskapulohumerálna muskulárna dystrofia - G71.0a Spinálna svalová atrofia typ 2 - G12.1a Duchennova svalová dystrofia - G71.0b Spinálna svalová atrofia typ 3 Kugelberg-Welander G12.1b Beckerova svalová dystrofia - G71.0c Spinálna svalová atrofia typ 4 G12.1c Myotonická dystrofia MD1 a MD2 - G71.1a Bulbospinálna amyotrofia (M.Kennedy) - G12.2 Kongenitálna paramyotómia Eulenburg - G71.1b Familiárna amyloidná polyneuropatia - G60.8 Kongenitálna muskulárna dystrofia - G71.2 Akútna polyradikuloneuritída GBS - G61.0 Periodické paralýzy - G72.3 Chronická inflamatórna demyelinizačná polyneuropatia - G61.8a Pompeho choroba - G73.6 Multifokálna motorická neuropatia - G61.8b Polymyozitída - M33.2 Kongenitálny myastenický syndróm G70.0a Dermatomyozitída - M33.9 Myasténia gravis - G70.0b Inclusion body myositis - M60
	Ak iná dg, uveď: <input type="text"/>
	Kódovanie chorôb podľa: podľa OMIM: <input type="text"/> podľa ORPHA: <input type="text"/>
Metodika určenia diagnózy	Metodika určenia diagnózy: DNA diagnostika <input type="checkbox"/> EMG diagnostika <input type="checkbox"/> Enzymologická diagnostika <input type="checkbox"/> Ak DNA diagnostika - typ mutácie: 1 - MLPM <input type="checkbox"/> Svalová biopsia <input type="checkbox"/> Autoprotílátky proti špecifickým antigénom <input type="checkbox"/> 2 - bodová mutácia <input type="checkbox"/> Vyšetrenie CSL <input type="checkbox"/> Ak iná diagnostika, uveď: <input type="text"/> Ak bodová mutácia, uveď typ: <input type="text"/>
Lieèba	Aktuálna lieèba: Kortikoterapia <input type="checkbox"/> Tymektómia <input type="checkbox"/> Translarna <input type="checkbox"/> Imunosupresívna lieèba - preparát <input type="checkbox"/> Monoklónová protílátka <input type="checkbox"/> Ak iná lieèba, uveď: <input type="text"/> Plazmaferéza <input type="checkbox"/> Enzymatická substituálna lieèba <input type="checkbox"/> V èase hlásenia bez kauzálnej lieèby (týka sa novodg.pacienta) <input type="checkbox"/> IVIg <input type="checkbox"/> Nusinersen- antisense-oligonukleotidy <input type="checkbox"/>
Charakteristika klinického stavu, dĺžka lieèby	Charakteristika klinického stavu, dĺžka lieèby Ak ide o novodiagnostikovaného pacienta (v roku hlásenia), uveď: <input type="text"/> Klinický stav pacienta pred nastavením na lieèbu (popis podľa uváženia): <input type="text"/> Ak ide o pacienta s dg. stanovenou pred rokom hlásenia (v špecif.hlásenia možnosť 2 alebo 3), uveď: <input type="text"/> Klinický stav pacienta od poslednej kontroly: <input type="checkbox"/> Trvanie doterajšej (poslednej aktuálnej) lieèby pred hlásenou kontrolou: <input type="checkbox"/> Bola potrebná zmena v lieèbe? 1 - bez zmien <input type="checkbox"/> 1 - menej ako 1 rok <input type="checkbox"/> 1 - áno <input type="checkbox"/> 2 - zlepšený <input type="checkbox"/> 2 - viac ako 1 rok <input type="checkbox"/> 2 - čiastoène <input type="checkbox"/> 3 - zhoršený <input type="checkbox"/> 3 - viac ako 5 rokov <input type="checkbox"/> 3 - nie <input type="checkbox"/> Ak ide o možnosť 1,2 uveď dôvod: <input type="text"/> Celkové trvanie farmakol. kauzálnej lieèby (roky, ev.mesiace) od jej 1.nasadenia: <input type="text"/>
	Poznámka lekára k údajom pacienta/ alebo pre NCZI: <input type="text"/>