

HLÁSENIE O PACIENTOVI S DIABETES MELLITUS - DETI
 rok 2025

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania: <input type="text"/>	Mesiac spracovania: <input type="text"/>
	Názov zariadenia: (dopočítaný údaj): <input type="text"/>	Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input type="text"/>
Identifikácia pacienta	IČO PZS: <input type="text"/>	Kód PZS: <input type="text"/>
	Meno: <input type="text"/>	Priezvisko: <input type="text"/>
	Dátum narodenia: (dopočítaný údaj) <input type="text"/>	Rodné číslo: <input type="text"/>
	Trvalé bydlisko (ulica, číslo): <input type="text"/>	Obec: <input type="text"/>
Stanovenie diagnózy DM	Pohlavie (dopočítaný údaj): <input type="text"/>	Vek (dopočítaný údaj): <input type="text"/>
	STANOVENIE DIAGNÓZY, ŠPECIFIKÁCIA DM	
Rodinná a osobná anamnéza	Dátum zistenia diabetu: <input type="text"/>	Typ diabetu: 1- typ 1 <input type="checkbox"/> 3- gestačný <input type="checkbox"/>
	Ak ide o iný špecifický typ DM, upresnite (napr. MODY) <input type="text"/>	
	RODINNÁ ANAMNÉZA	
	DM typ 1	Otec <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Bratia <input type="checkbox"/> Sestry <input type="checkbox"/>
	DM typ 2	Otec <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Bratia <input type="checkbox"/> Sestry <input type="checkbox"/>
	Iný špecifický typ DM (napr. MODY)	Otec <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Bratia <input type="checkbox"/> Sestry <input type="checkbox"/>
	Obezita	Otec <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Bratia <input type="checkbox"/> Sestry <input type="checkbox"/>
	Ochorenia štítnej žľazy	Otec <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Bratia <input type="checkbox"/> Sestry <input type="checkbox"/>
	Celiakia	Otec <input type="checkbox"/> Matka <input type="checkbox"/> Bratia <input type="checkbox"/> Sestry <input type="checkbox"/>
	RODINNÁ ANAMNÉZA II.	
Celkový počet súrodencov <input type="text"/>		
Počet bratov <input type="text"/>		
Počet sestier <input type="text"/>		
OSOBNÁ ANAMNÉZA		
Tehotenstvo a pôrod: <input type="text"/>		
pôrodná hmotnosť (g) <input type="text"/> pôrodná dĺžka (cm) <input type="text"/> gestačný vek (týž.) <input type="text"/>		
PREDCHOROBIE A KLINICKÉ PRÍZNAKY DM		
Posledná prekonaná akútna infekcia pred DM (výber): <input type="checkbox"/>		
01 - infekt HDC 02 - infekt DDC 07 - Iné akútne ochorenie/napr.infekčné/ 08 - parotitis 09 - covid-19 10 - bez infekcie		
Ak sa uviedlo "iné" ochorenie, špecifikujte ho: <input type="text"/>		
Čas prekonaného infektu pred zistením diabetu (v týždňoch) <input type="text"/>		
Liečba kortikosteroidmi v poslednom roku: 1 - áno 2 - nie 9 - neznámy/neudaný <input type="checkbox"/>		
Špecifické klinické príznaky pred zistením DM:		
Polydipsia <input type="checkbox"/>	Polyfágia <input type="checkbox"/> Neprimeraná únava <input type="checkbox"/> žiaden z uvedených klinických príznakov? <input type="checkbox"/>	
Polyúria <input type="checkbox"/>	Balanitída/ Vulvitída <input type="checkbox"/> Pokles hmotnosti (kg) <input type="checkbox"/> Ak áno, koľko cca kg? <input type="text"/>	
VYŠETRENIA PRI PRIJATÍ DO NEMOCNICE		
Hmotnosť: <input type="text"/> kg	Vstupná glykémia (mmol/l) <input type="text"/>	
Výška: <input type="text"/> cm	Hodnota vstupného glykovaného hemoglobínu (%) <input type="text"/>	
Ketoacidóza 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/>	podľa IFCC <input type="checkbox"/>	
Výšetrenie C-peptidu 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>	podľa DCCT <input type="checkbox"/>	
Laboratórne vyšetrenie - HLA 1 - robené 2 - nerobené <input type="checkbox"/>		
Výsledok laboratórneho vyšetrenia - HLA typ <input type="text"/>		
LIEČBA PRI PREPUSTENÍ, KOMPLIKÁCIE		
Denná dávka inzulínu pri prepustení:		
v jednotkách <input type="text"/>		
počet jednotiek na kg hmotnosti (dopočítaný údaj) <input type="text"/>		
Počet podaní inzulínu denne: <input type="text"/>	Komplikácie:	
Inzulínová pumpa: 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>	Retinopatia	
Iná medikamentózna liečba: <input type="text"/>	1. pozitívna <input type="checkbox"/>	
	2. negatívna <input type="checkbox"/>	
	3. nevyšetrená <input type="checkbox"/>	
	Nefropatia	
	1. pozitívna <input type="checkbox"/>	
	2. negatívna <input type="checkbox"/>	
	3. nevyšetrená <input type="checkbox"/>	
	Neuropatia	
	1. pozitívna <input type="checkbox"/>	
	2. negatívna <input type="checkbox"/>	
	3. nevyšetrená <input type="checkbox"/>	
	Hmotnosť pri prepustení (v kg, na 1 desatinné miesto) <input type="text"/>	
Poznámky	Doplňujúce informácie o pacientovi - môžete uviesť aj PSC adresy pacienta:	