

HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZRIEDKAVOU CHOROBOU II

ROK 2025

Hlásia: príslušné expertízne/specializované pracoviská zaoberajúce sa ZCH

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: <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Priezvisko, meno, titul lekára: <input style="width: 100%;" 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"/>
	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"/>
	Dátum vyplnenia hlásenia (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"/>
Identifikačné údaje pacienta	Meno: <input style="width: 150px;" type="text"/> Priezvisko: <input style="width: 150px;" type="text"/>
	Dátum narodenia: <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"/> <small>(dopočítaný údaj) (v prípade neznámeho RČ uviesť pri mužovi 0010000000, pri žene 0050000000)</small>
	Trvalé bydlisko (ul., č.): <input style="width: 150px;" type="text"/> Obec: <input style="width: 150px;" type="text"/>
	Pohlavie: (dopočítaný údaj) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vek: (dopočítaný údaj) <input type="text"/> <input type="text"/>
Špecifikáci a pacienta	Ide o pacienta s novodiagnostikovanou zriedkavou chorobou (ZCH) v hlásenom roku? 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>
	Ak nie, uveďte rok stanovenia diagnózy: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>rok</small>
Špecifikácia diagnózy	MKCH-10 (kód, popis z e-výberu): <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Upresnenie ZCH, ak v MKCH táto dg. nie je dostatočne špecifikovaná: OMIM <input style="width: 100px;" type="text"/> ORPHA <input style="width: 100px;" type="text"/>
	Doplňujúce informácie o pacientovi, ak je to potrebné: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Iná informácia	Ak dieťa ešte nemalo pridelené kompletné rč, tak uveďte rč matky: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Poznámka <input style="width: 100%;" type="text"/>