

Pre kontrolu dát o endovýkonoch sa v tejto zredukovanej 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:		Mesiac spracovania:			
	Názov zariadenia (dopočitany údaj):					
	Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul):					
	IČO PZS:					
Kód PZS:						
Identifikačné údaje pacienta	Meno:			Priezvisko:		
	Dátum narodenia: (dopočitany údaj)			Rodné číslo:		
	(v prípade neznámeho RC uviesť pri mužovi 0010000000, pri žene 0050000000)					
	Trvalé bydlisko (ulica, č.d.):			Obec:		
	Pohlavie: (dopočitany údaj)		Vek: (dopočitany údaj)			
Príjem do nemocnice - vstupné informácie	PRÍJEM DO NEMOCNICE - vstupné informácie					
	Dátum a čas prevzatia pacienta lekárom intervenčnej radiológie:			V ktorej nemocnici bol pacientovi indikovaný endovýkon? (výber)		
	deň mesiac rok hodina minúta					
Bola pacientovi v 1.(prekladajúcej) nemocnici podaná trombolytická liečba?	1- áno		2- nie			
Bola pacientovi v nemocnici, ktorá endovýkon hlási, podaná trombolytická liečba?	1- áno		2- nie			
Intervenčné výkony	INTERVENČNÉ VÝKONY					
	Endovaskulárny výkon (hlási len nemocnica, ktorá ho sama realizovala):			Poznámka k trombektómii: stent-trombektomické zariadenie nie je extra- alebo intra- kraniálny stent		
	Trombektómia: 1 - áno 2 - nie			Ak trombektómia áno- typ:		
	Stent:			1 - mechanická trombektómia iba trombosukciou		
	1 - zavedený spolu s trombektómiou			2 - mechanická trombektómia stent-trombektomickým zariadením a trombosukciou		
	2 - zavedený bez trombektómie			3 - mechanická trombektómia s ponechaným extra- alebo intra- kraniálnym stentom		
	3 - zavedený s časovým odstupom po trombektómii					
	Dátum a čas zahájenia trombektómie ("groin time") sólo/spolu so stentom			Dátum a čas rekanalizácie:		
	deň mesiac rok hodina minúta			deň mesiac rok hodina minúta		
	mTICI skóre po rekanalizácii (podľa číselníka z výberu):					
	000 - Žiadna perfúzia					
	010 - Minimálna perfúzia, kontrastná látka preniká za miesto uzáveru, ale bez plnenia dist. vetiev					
	02a - Čiastočná perfúzia s inkompletným plnením distálnych vetiev (< 2/3 teritória danej tepny)					
	02c - takmer kompletná rekanalizácia s pomalým distálnym plnením kortikálnych ciev					
	Došlo počas výkonu rekanalizácie k symptomatickému krvácaniu? 1 - áno 2 - nie					
	Ak bol stent zavedený bez trombektómie alebo s časovým odstupom po trombektómii, uveď:					
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					
	deň mesiac rok hodina minúta					
	Spôsob ukončenia:			3 - Preklad - iné odd. / zdr. zariadenie 4 - Exitus		
► Ak preklad, ide o "návrat" do 1.nemocnice, ktorá endovýkon indikovala? 1 - áno 2 - nie						
Poznámky	Doplňujúce info od lekára, ktorý prípad hlásil					