

**Individuálne hlásenie prenosného ochorenia ošetrojúcimi lekármi
vrátane nemocničnej nákazy a pohlavne prenosného ochorenia**

Spoločné údaje

Osobné údaje

Cudzinec:	
Identifikátor cudzinca (nepovinné):	Číslo pasu (nepovinné):
Rodné číslo:	Dátum narodenia:
Meno:	Priezvisko:
Pohlavie:	Vek (nepovinné):

Informácie o bydlisku

Ulica (nepovinné):	
Obec (bydlisko):	Poštové smerovacie číslo (nepovinné):
Krajina trvalého pobytu u cudzinca (nepovinné):	

Iné údaje o pacientovi

Povolanie:	
Telefón:	
Poznámka (nepovinné):	

Kolektívne zariadenie

Názov kolektívneho zariadenia (nepovinné):	
Ulica (nepovinné):	
Obec (nepovinné):	Poštové smerovacie číslo (nepovinné):
Poznámka ku kolektívnemu zariadeniu (nepovinné):	

Údaje o ochorení

Kód diagnózy:	Kontakt s osobou, ktorá vykonávala epidemiologicky závažnú činnosť: áno/nie
Dátum hlásenia (nepovinné):	Dátum prvých príznakov:
Dátum návštevy lekára (nepovinné):	
Číslo prípadu v rodine (nepovinné):	Klinická forma:
Obec nákazy (nepovinné):	Je importovaná nákaza:
Predpokladaná krajina nákazy (nepovinné):	Miesto nákazy (nepovinné):
Miesto izolácie:	Dátum izolácie (nepovinné):
Dátum prijatia na hospitalizáciu:	Dátum prepustenia z hospitalizácie:
Spôsob ukončenia hospitalizácie:	Dopad ochorenia:
Je nemocničná nákaza:	

Odber biologického materiálu

Dátum odberu:	Druh materiálu:	Test:	Etiologický agens:	Výsledok:
---------------	-----------------	-------	--------------------	-----------

Hlásiaci subjekt

Číselný kód zdravotníckeho pracovníka, ktorým je hlásiaci lekár:
Číselný kód hlásiaceho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

Špecifické údaje pre hlásenie nemocničnej nákazy

Číselný kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, kde došlo k nákaze:	
Oddelenie (nepovinné):	
Príjmová diagnóza:	Dátum hospitalizácie:
Invazívny výkon - druh (nepovinné):	Dátum (nepovinné):
Iné zákroky - druh (nepovinné):	Dátum (nepovinné):
Výskyt polyrezistentného kmeňa:	Predĺženie hospitalizácie pre nemocničnú nákazu (nepovinné):

Špecifické údaje pre hlásenie pohlavne prenosného ochorenia

Rodinný stav:	Druh ochorenia:
Prameň pôvodcu nákazy známy: áno/nie	HIV pozitívny:
Mechanizmus prenosu:	
Osoba poskytujúca sexuálne služby: áno/nie	Kontakt s osobou poskytujúcou sexuálne služby:
Týždeň gravidity (nepovinné):	