



HLÁSENIE NOVORODENCA S RÁZŠTEPOM PERY A PODNEBIA DO EVIDENCIE

MENO DIEŤAŤA:.....
DÁTUM NARODENIA:.....
ADRESA RODIČOV:.....
PÔROD: V TERMÍNE PREDČASNÝ
PÔRODNÁ VÁHA:.....
CELKOVÝ STAV:.....

DIEŤA MÁ RÁZŠTEPOVÚ CHYBU TYPU:

(podčiarknite správne tvrdenie)

- 1) **Rázštep pery:** jednostranný obojstranný
- 2) **Rázštep pery a alveolárneho oblúka:** jednostranný obojstranný
- 3) **Rázštep podnebia:** uvuly
 uvuly a mäkkého podnebia
 uvuly, mäkkého a tvrdého podnebia
 submukózný rázštep
- 4) **Kompletný rázštep pery,
alveolárneho oblúka a podnebia:** jednostranný obojstranný

5) Iné kraniofaciálne anomálie:.....

Pôrodnická klinika:.....

Oddelenie:.....

Dátum:.....

Ošetrujúci lekár:.....

Liečba detí s rászštepom je veľmi špecifická a vyžaduje tímovú spoluprácu mnohých odborníkov (pediatra, chirurga, ORL lekára, čelústného ortopéda, logopéda...atď). Takýto multidisciplinárny prístup zabezpečujú len akreditované pracoviská pre liečbu rászštepov, ktorými na Slovensku sú: **KPCH v Bratislave** a **KPCH v Košiciach** (nariadenie MZ SR, 2000).

Centrálny register pacientov s rászštepom pre celé Slovensko je len v Bratislave, a preto je potrebné poslať hlásenie o novorodencoch do Bratislavy aj v prípade, že sa liečba koná v Košiciach. Hlásenie musí byť odoslané v čo najkratšom termíne po pôrode. Pacientov s kompletným rászštepom (4. skupina) odosielajte najneskôr do 3 týždňov od narodenia do **rászštepovej poradne**, ktorá sa koná:

každú stredu od 9:00 h

v budove UN Ružinov, Ružinovská 6, 826 06 Bratislava, poliklinika, poschodie - 1,
č.dv. 022, tel.: 02/48 234 kl. 805

Prosíme Vás, aby ste informovali rodičov detí s rászštepom o nevyhnutnosti tímovej spolupráce odborníkov a o dôležitosti dostatočnej skúsenosti lekárov s liečbou rászštepov. Takisto Vás prosíme, aby ste ich odosielali na hore uvedené pracoviská.

Za spoluprácu ďakujeme.

Doc. MUDr. Drahomír Palenčár, PhD. prednosta kliniky