

Pacient: Rodné číslo:

Plánovaný výkon:

DOTAZNÍK KE ZJIŠTĚNÍ PORUCHY KREVNÍ SRÁŽLIVOSTI

Vážení rodiče,

prosíme Vás, abyste spolu s **pediatrem, který zajišťuje předoperační vyšetření Vašeho dítěte, vyplnili tento dotazník.** Řádně vyplněný a podepsaný dotazník vezměte s sebou do nemocnice, kde bude součástí zdravotní dokumentace. V případě nejistoty při vyplnění dotazníku nebo zjištění podezření či poruchy koagulace, zajistí Vás pediatr příslušná laboratorní vyšetření (KO, APTT, Quick).

1. Je známa porucha srážlivosti krve u:	
<input type="checkbox"/> rodičů dítěte?	ANO - NE
<input type="checkbox"/> sourozenců dítěte?	ANO - NE
<input type="checkbox"/> rodičů nebo sourozenců matky?	ANO - NE
<input type="checkbox"/> rodičů nebo sourozenců otce?	ANO - NE
2. Vyskytlo se u některé z výše uvedených osob závažné krvácení?	ANO - NE
3. Trpí některá z výše uvedených osob od mládí zvýšenou krvácivostí (velmi silná menstruace, krvácení z dásní, velké modřiny)?	ANO - NE
Dítě:	
4. Tvoří se někdy velké nebo plastické modřiny u dítěte?	ANO - NE
5. Časté krvácení z nosu?	jednostranně oboustranně
<input type="checkbox"/> Doba krvácení více než 5 minut?	ANO - NE
<input type="checkbox"/> Nutnost lékařského ošetření?	ANO - NE
6. Výrazné nebo opakované krvácení při prořezávání nebo vytržení zubů?	ANO - NE
7. Prodělané operace? Jaké?	ANO - NE
8. Užívání léků? Jakých?	ANO - NE

Souhrn: Dotazník zjistil poruchu krevní srážlivosti
ANO - NE

Pokud je zaškrtnuto souhrnné ANO, je třeba doplnit laboratorní vyšetření.

Datum:

Podpis rodiče:

Podpis a razítko lékaře: