

Dotazník ke zjištění poruchy krevní srážlivosti

vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

Vyplňte prosím následující dotazník a zakroužkujte správnou odpověď.

Pacient

Jméno a příjmení

Rodné číslo

I. Rodina

Je známá porucha krevní srážlivosti u:

rodičů dítěte? **ANO / NE**

rodičů nebo sourozenců matky? **ANO / NE**

rodičů nebo sourozenců otce? **ANO / NE**

Vyskytlo se u některé z výše uvedených osob závažné krvácení? **ANO / NE**

Trpí některá z výše uvedených osob od mládí zvýšenou krvácivostí?
(velmi silná menstruace, krvácení z dásní, velké modřiny) **ANO / NE**

II. Dítě (pacient)

Tvoří se někdy velké nebo plastické modřiny u dítěte? **ANO / NE**

Časté krvácení z nosu? **ANO / NE**

Pokud ano, vyberte možnost: **jednostranně / oboustranně**

Doba krvácení více než 5 min.? **ANO / NE**

Nutnost lékařského ošetření? **ANO / NE**

Výrazné nebo opakované krvácení při prořezávání nebo vytržení zubů? **ANO / NE**

Prodělané operace? **ANO / NE**

Pokud ano, uveďte jaké:

.....

Užívání léků? **ANO / NE**

Pokud ano, uveďte jaké:

.....

Datum:

Podpis dětského lékaře: Podpis rodičů: