

Dotazník ke zjištění poruch krevní srážlivosti

Jméno dítěte.....

Rodné číslo.....

Bydliště.....

Zákonný zástupce.....

V případě odpovědi ANO na některou otázku (mimo č.7 a 8) je nutné provést vyšetření krevní srážlivosti (Quick, APTT).

Vyplňuje a stvrzuje svým podpisem lékař a zákonný zástupce dítěte.

Údaje o rodině:

1. Je známá porucha srážlivosti krve u: - rodičů dítěte? ANO NE
 - sourozenců dítěte? ANO NE
 - rodičů nebo sourozenců matky? ANO NE
 - 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

Údaje o dítěti:

4. Tvoří se u dítěte někde velké nebo plastické modřiny? ANO NE
5. Vyskytuje se u dítěte časté krvácení z nosu? ANO NE

Další v bodě 5 vyplňte pouze při zaškrtnutí políčka ANO:

 - jednostranné krvácení? ANO NE
 - oboustranné krvácení? ANO NE
 - k zástavě krvácení dojde později než do 5 min.? ANO NE
 - vyžaduje krvácení lékařské ošetření? ANO NE
6. Vyskytuje se u dítěte výrazné nebo opakované krvácení po operačních zákrocích nebo při pořezání či vytržení zubů? ANO NE
7. Prodělalo dítě operace? ANO NE
 - jaké?.....
8. Užívá dítě pravidelně léky? ANO NE
 - jaké?.....

Datum:.....

Podpis lékaře:.....

Podpis zákonného zástupce dítěte: