

# 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 strvuje podpisem lékaře i rodič dítěte

<b>Údaje o rodině</b>	(ZATRHŇETE SPRÁVNOU ODPOVĚĎ)	
1. Je známa 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
<b>Údaje o dítěti:</b>		
4. Tvoří se někde velké nebo plastické modřiny u dítěte?	ANO	NE
5. Časté krvácení z nosu? Jednostranné x oboustranné	ANO	NE
Zástava krvácení později než v 5 min?	ANO	NE
Nutnost lékařského ošetření?	ANO	NE
6. Výrazné nebo opakované krvácení po operačních zákrocích, nebo při prořezávání či vytržení zubů?	ANO	NE
7. Prodělané operace? Jaké?	ANO	NE
8. Užívání léků? Jakých?	ANO	NE

Datum:

podpis zákonného zástupce:

podpis lékaře: