

## DOTAZNÍK PRO RODIČE PRO ZJIŠTĚNÍ PORUCH KREVŇÍ SRÁŽLIVOSTI DÍTĚTE PŘED VÝKONY: ADENOTOMIE, TONSILEKTOMIE, TONSILOTOMIE

| Dotazník ke zjištění poruchy krevní srážlivosti /vyplňuje a stvrzuje podpisem lékaře i rodič dítěte                            |              |   |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---|----|
| 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>Dítě:</b>                                                                                                                   |              |   |    |
| 4. Tvoří se někdy velké nebo plastické modřiny u dítěte?                                                                       | ANO          | - | NE |
| 5. Časté krvácení z nosu?                                                                                                      | Jednostranně |   |    |
|                                                                                                                                | Oboustranně  | - | NE |
| Doba Krvácení více než 5 min.?                                                                                                 | ANO          | - | NE |
| Nutnost lékařského ošetření?                                                                                                   | ANO          | - | NE |
| 6. Výrazné nebo opakované krvácení při prořezávání nebo vytržení zubů?                                                         | ANO          | - | NE |
| 7. Prodělané operace?                                                                                                          | ANO          | - | NE |
| Jaké?<br>.....                                                                                                                 |              |   |    |
| 8. Užívání léků? Jakých?<br>.....                                                                                              | ANO          | - | NE |

**Souhrn: Dotazník zjistil poruchu krevní srážlivosti**                      **ANO      -      NE**

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

Datum:

podpis lékaře:

podpis rodiče:

Odkaz: Bulletin České pediatrické společnosti číslo 7/2010

Doporučený postup předoperačního vyšetření před adenotomií a tonsilektomií u dětí