

DOTAZNÍK KE ZJIŠTĚNÍ PORUCH KREVNÍ SRÁŽLIVOST

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 podpisem lékař a rodič dítěte.

Údaje o rodině:

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

Údaje o dítěti:

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 lékaře:

Podpis zákonného zástupce: