



Dotazník ke zjištění poruchy krevní srážlivosti

(vyplňuje a stvrzuje podpisem lékař i rodič dítěte)

Rodiča:

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 |
|--|-----|---|----|

Dítě:

4. Tvoří se někdy velké nebo plastické modřiny u dítěte?
- | | | | |
|--|-----|---|----|
| | ANO | - | NE |
|--|-----|---|----|
5. Časte krvaceni z nosu?
- | | | | |
|--|--------------|---|----|
| | jednostranně | | |
| | oboustranně | - | NE |
- Doba krvácení více než 5 minut?
- | | | | |
|--|-----|---|----|
| | ANO | - | NE |
|--|-----|---|----|
- Nutnost lékařského ošetření?
- | | | | |
|--|-----|---|----|
| | ANO | - | NE |
|--|-----|---|----|
6. Výrazné nebo opakované krvácení při prořezávání nebo vytržení zubů?
- | | | | |
|--|-----|---|----|
| | ANO | - | NE |
|--|-----|---|----|
7. Prodělané operace? Jaké?
- | | | | |
|--|-----|---|----|
| | ANO | - | NE |
|--|-----|---|----|
8. Užívání léků? Jakých?
- | | | | |
|--|-----|---|----|
| | ANO | - | NE |
|--|-----|---|----|

Souhrn: Dotazník zjistil poruchu krevní srážlivosti: ANO - NE

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

Datum

Podpis lékaře

Podpis rodiče