

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: