

Vážení rodiče,

Vaše dítě se podrobí v naší nemocnici operačnímu zákroku – diagnostickému výkonu

.....  
Abychom předcházeli možným komplikacím, prosíme Vás o zajištění následujícího:

1. Maximálně sedm dnů před výkonem požádejte svého dětského lékaře o stručnou zprávu, kde budou specifikovány všechny zdravotní problémy Vašeho dítěte i s příslušnou terapií, pokud samozřejmě existují. V závěru by mělo být konstatování Vašeho dětského lékaře o možnosti provedení zákroku.
2. Abychom předešli zbytečným odběrům krve, prosíme laskavě ve spolupráci s vaším dětským lékařem o vyplnění přiloženého dotazníku, který je zaměřen na možné poruchy krevní srážlivosti.
3. Pokud se ukáží některá další vyšetření jako potřebná, doplníme je zcela individuálně podle indikace anesteziologa nebo pediatra, který bude o Vaše dítě na oddělení pečovat
4. Vyplněný dotazník si přineste sebou v den přijetí. Je podmínkou provedení plánovaného výkonu.

Jméno dítěte:.....

Rodné číslo:.....

Bydliště:.....

Zákonný zástupce:.....

**DOTAZNÍK KE ZJIŠTĚNÍ PORUCH KREVŇÍ SRÁŽLIVOSTI**
**ÚDAJE O RODINĚ**

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
Vyskytlo se u některé z výše uvedených osob závažné krvácení ?	ANO	NE
Trpí některá z výše uvedených osob od mládí zvýšenou krvácivostí / velmi silná menstruace, krvácení z dásní, velké modřiny /?	ANO	NE

**ÚDAJE O DÍTĚTI**

Tvoří se někdy velké nebo plastické modřiny u dítěte?	ANO	NE
Trpí dítě často na jednostranné krvácení z nosu ?	ANO	NE
Trpí dítě často na oboustranné krvácení z nosu?	ANO	NE
Je doba krvácení delší než 5 minut?	ANO	NE
Vyžaduje krvácení nutnost lékařského ošetření?	ANO	NE
Objevilo se výrazné nebo opakované krvácení při prořezávání nebo vytržení zubu?	ANO	NE
Prodělalo dítě nějaké operace?	ANO	NE
Jaké		
Užívá dítě nějaké léky?	ANO	ne
Jaké		
<b>DOTAZNÍK ZJISTIL PORUCHU KREVŇÍ SRÁŽLIVOSTI</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>

**Pokud je zaškrtnuto souhrnné ANO, je třeba doplnit obvodním dětským lékařem příslušná potřebná laboratorní vyšetření.**

Datum

podpis lékaře

podpis rodiče