

jméno dítěte:.....

rodné číslo:.....

bydliště:.....

zákonný zástupce:.....

Dotazník ke zjištění poruch krevní srážlivosti

**V případě odpovědi ANO na některou otázku (mimo č. 7 a 8)
je nutné provést vyšetření krevní srážlivosti (Quick, APTT)**

vyplňuje a strvuje podpisem lékař i 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 a razítko praktického lékaře

podpis rodiče