

Präoperativer Gerinnungsfragebogen

(Anhang zum Aufklärungsbogen)

Kind

.....
Name, Vorname des Kindes

.....

Geburtsdatum Station

.....
geplanter Eingriff mit voraussichtlichem OP-Datum

Eltern: Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen, bzw. ergänzen:		Arzt: Zusatzfragen u. Notizen des Arztes:	bitte angeben:
0	Ist bei Ihrem Kind jemals eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	> Diagnose:
Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende Blutungsarten - auch ohne erkennbaren Grund?			
1a	Nasenbluten (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Nasenputzen etc.)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	> immer schon <input type="checkbox"/> > nur saisonal <input type="checkbox"/> > bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>
1b	blaue Flecken oder punktförmige Blutungen (auch am Körperstamm, auch ohne sich anzustoßen)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	> ist Ihr Kind sehr lebhaft? <input type="checkbox"/> > ohne jeglichen Zusammenhang mit Anstoßen, Zwicken, u.a. <input type="checkbox"/> > immer schon <input type="checkbox"/>
1c	Gelenksblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskel	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
2	Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	> über 5 Minuten <input type="checkbox"/> > bei welchen Verletzungen <input type="checkbox"/> > bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>
3	Gab es in Ihrer Vorgeschichte längeres / verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	> über 5 Minuten <input type="checkbox"/> > war Nachbehandlung nötig <input type="checkbox"/> > bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>
4	Gab es in der Vorgeschichte eine verstärkte Blutung während oder nach Operationen, bzw. längeres Bluten aus der Nabelwunde	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	> welche Operation: > war die Blutung tatsächlich über der Norm: <input type="checkbox"/>
5	Gab / gibt es in Ihrer Familie (Blutsverwandtschaft) Fälle von Blutungsneigung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	> Verwandtschaftsgrad: > Diagnose:
6	Nimmt oder nahm Ihr Kind in letzter Zeit eines der folgenden Medikamente ein? (z.B. Aspro®, Aspirin®, Voltaren®, Proxensaft®, etc.)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	> Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/> > Medikament: > pausiert seit:
7	<u>Zusatzfrage bei Mädchen in der Pubertät:</u> Sind Ihre Monatsblutungen Ihrer Tochter verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Binden/Tamponwechsel)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	> seit Menarche: <input type="checkbox"/>

Gerinnungskonsil notwendig?

ja nein

wenn ja, bitte telefonische Rücksprache durch den behandelnden Arzt unter 86-19504 und vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Gerinnungsfragebogen an 86-6075 faxen!

.....
Datum

.....
Unterschrift der Eltern

.....
Unterschrift Arzt/Ärztin

.....
Telefonnummer für Rückfragen

