

Fragebogen zur präoperativen Erhebung der Blutungsanamnese bei Kindern

	Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen, bzw. ergänzen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Zusatzfragen u. Notizen des Arztes:	wenn JA
0	Ist bei Ihrem Kind jemals eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ Diagnose erfragen	2
Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende Blutungsarten - auch ohne erkennbaren Grund?					
1a	Nasenbluten (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Nasenputzen etc.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ immer schon ▷ nur saisonal ▷ HNO-Befund vorhanden ▷ bei Medikamenteneinnahme ▷ arterielle Hypertonie	2 3 1 4
1b	blaue Flecken oder punktförmige Blutungen (auch am Körperstamm, auch ohne sich anzustoßen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ ist Ihr Kind sehr „lebhaft“ ▷ ohne jeglichen Zusammenhang mit Anstoßen, Zwicken etc. ▷ immer schon	0 2 1
1c	Gelenksblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskel	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		2
2	Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ über 5 Minuten ▷ bei welchen Verletzungen	2 2 1
3	Gab es in der Vorgeschichte längeres / verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ über 5 Minuten ▷ war Nachbehandlung nötig ▷ bei Medikamenteneinnahme	2 2 1
4	Gab es in der Vorgeschichte eine verstärkte Blutung während oder nach Operationen, bzw. längeres Bluten aus der Nabelwunde?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ welche Operation ▷ war die Blutung tatsächlich über der Norm	5 5 2
5	Heilen die Wunden Ihres Kindes schlecht ab?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ lange nässend, klaffend ▷ Vereitern ▷ Kelloidbildung	2 2 2
6	Gab / gibt es in Ihrer Familie (Blutsverwandtschaft) Fälle von Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ Verwandtschaftsgrad ▷ Diagnose bekannt?	2
7	Nimmt oder nahm Ihr Kind in letzter Zeit eines der folgenden Medikamente ein? (z.B. Aspro®, Aspirin®, Voltaren®, Proxen-Saft®, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme	2 4 6
8	<u>Zusatzfrage bei Mädchen in der Pubertät:</u> Sind die Monatsblutungen Ihrer Tochter verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Binden/Tamponwechsel)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ seit Menarche	2
Konsequenzen: (0) keine; (1) Medikamentenanamnese; (2) Konsultation: Gerinnungsteam; (3) Konsultation: Facharzt für HNO; (4) Konsultation: Internist; (5) Befundaushebung; (6) Konsultation: Internist/Chirurg und ev. Karenz					
Datum: Unterschrift des/der Untersucher/in					