**DOTAZNÍK PRO RODIČE PŘED VÝKONY NA ORL (ADENOTOMIE, TONSILEKTOMIE, TONSILOTOMIE)**

|  |
| --- |
| **Dotazník ke zjištění poruchy krevní srážlivosti /vyplňuje a stvrzuje podpisem lékař i rodič dítěte** |
| 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 |
| **Dítě:** |  |
| 4. Tvoří se někdy velké nebo plastické modřiny u dítěte? | ANO - NE |
| 5. Časté krvácení z nosu? | JednostranněOboustranně - NE |
|  Doba Krvácení více než 5 min.? | ANO - NE |
|  Nutnost lékařského ošetření? | ANO - NE |
| 6. Výrazné nebo opakované krvácení při prořezávání nebo vytržení zubů? | ANO - NE |
| 7. Prodělané operace?Jaké?...................................................................... | ANO - NE |
| 8. Užívání léků? Jakých? ………………………………………………. | ANO - NE |

**Souhrn: Dotazník zjistil poruchu krevní srážlivosti ANO - NE**

**Pokud je zaškrtnuto souhrnné ANO, je třeba doplnit příslušná laboratorní vyšetření.**

Datum: podpis lékaře: podpis rodiče:

Odkaz: Bulletin České pediatrické společnosti číslo 7/2010

Doporučený postup předoperačního vyšetření před adenotomií a tonsilektomií u dětí