

Vážení rodiče,

na základě vyšetření byl Vašemu dítěti doporučen chirurgický zákrok, při kterém se odstraňují nosní nebo krční mandle. U těchto výkonů je nezbytné znát, zda dítě trpí poruchou krevní srážlivosti. Vyplnění níže uvedeného dotazníku je nedílnou součástí předoperačního vyšetření dítěte a je doporučeným postupem odborných lékařských společností (České pediatrické společnosti ČLS JEP, Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP, Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP, Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP, Česká hematologická společnost ČLS JEP). V rámci konsenzu výše uvedených odborných společností bylo stanoveno, že laboratorní vyšetření hemokoagulace (APTT, Quick), lze nahradit dotazníkem ke zjištění poruchy krevní srážlivosti, a to s cílem zvýšit bezpečnost operovaných dětí.

Bez tohoto vyplněného dotazníku nebude výkon proveden.

V případě nejistoty při vyplnění dotazníku nebo zjištění podezření či poruchy koagulace pediatr zajistí příslušná laboratorní vyšetření (KO, APTT, Quick).

Dotazník s rodiči vyplňuje pediatr zajišťující předoperační vyšetření.

Řádně vyplněný dotazník musí být podepsaný vyšetřujícím pediatrem a jedním z rodičů.

Dotazník je součástí příjmové zdravotnické dokumentace dítěte a je odevzdán při příjmu k hospitalizaci.

Je známa porucha srážlivosti krve u:		
Rodičů dítěte?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Sourozenců dítěte?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Rodičů nebo sourozenců matky?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Rodičů nebo sourozenců otce?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Vyskytlo se u některé z výše uvedených osob závažné krvácení?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Trpí některá z výše uvedených osob od mládí zvýšenou krvácivostí (velmi silná menstruace, krvácení z dásní, velké modřiny)?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Tvoří se někdy velké nebo plastické modřiny u Vašeho dítěte?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Krvácí Vaše dítě často z nosu?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Pokud ANO, krvácí?	<input type="checkbox"/> jednostranně	<input type="checkbox"/> oboustranně
Pokud ANO, je doba krvácení více než 5 minut?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Pokud ANO, vyžaduje krvácení z nosu lékařské ošetření	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Výrazné nebo opakované krvácení při prořezávání nebo vytržení zubů u Vašeho dítěte?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Podstoupilo Vaše dítě nějaký operační výkon?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

Zpracoval: MUDr. Jiří Jiráček

Schválil: MUDr. Mahulena Exnerová

Po vytištění z intranetu se stává dokument neřízeným!

Tento dokument je výhradně duševním vlastnictvím NH Hospital a.s. – Nemocnice Hořovice a postupování třetím osobám lze provádět pouze se souhlasem Nemocnice Hořovice.
 NH Hospital a.s. – Nemocnice Hořovice, K Nemocnici 1106/14, 268 31 Hořovice, IČO: 27872963, DIČ: CZ69904146.

Pokud ANO, jaký?	
Užívá Vaše dítě nějaké léky?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Pokud ANO, jaké?	
Dotazník zjistil poruchu krevní srážlivosti	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

Pokud v rámci dotazníkové šetření bylo zjištěno, že dítě trpí poruchou krevní srážlivosti, je nutné doplnit laboratorní vyšetření (KO, APTT, Quick).

Datum dotazníkového šetření	
Podpis zákonného zástupce dítěte	
Podpis a identifikace lékaře	
Identifikace pracoviště (razítko)	

Zpracoval: MUDr. Jiří Jiráček

Schválil: MUDr. Mahulena Exnerová

Po vytištění z intranetu se stává dokument neřízeným!

Tento dokument je výhradně duševním vlastnictvím NH Hospital a.s. – Nemocnice Hořovice a postupování třetím osobám lze provádět pouze se souhlasem Nemocnice Hořovice.
NH Hospital a.s. – Nemocnice Hořovice, K Nemocnici 1106/14, 268 31 Hořovice, IČO: 27872963, DIČ: CZ69904146.