



Anamnesefragen zur Erfassung des Blutungsrisikos

Dr. H. J. Niewerth
Facharzt für Kinderheilkunde
Kleiberg 21
53721 Siegburg

Name: _____ geb. am _____ Datum: _____

Çocuğun kendi anamnezi

- | | evet | hayır |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Çocuğunuzun sık sık bilinmeyen nedenlerle burnu kanıyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Çocuğunuzda gövde ve olağan dışı yerler de dahil olmak üzere sık sık mor lekeler görülüyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Çocuğunuza aşı yapıldıktan sonra aşı yapılan yerlerde belirgin mor lekeler oluşuyor muydu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Çocuğunuzda nedeni belli olmayan diş eti kanamaları tesbit ettiniz mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Çocuğunuz daha önce ameliyat oldu mu? Ameliyat sırasında veya sonrasında şiddetli veya kalıcı kanama oluştu mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Çocuğunuzun göbeği düşerken kanama oldu mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Diş değiştirme veya diş çekilmesi sırasında bunu izleyen uzun süreli veya şiddetli kanamalar oluştu mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Çocuğunuza daha önce hiç kan konservesi ya da kan ürünleri verildi mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Çocuğunuz son günlerde örn. aspirin gibi bir ağrı kesici aldı mı? Eğer evetse, hangisi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Çocuğunuz ilaç alıyor mu ya da daha önce aldı mı, örn. antibiyotikler, valproat, marcumar, ... ? Eğer evetse, hangisi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Çocuğunuzun bir karaciğer veya böbrek hastalığı gibi bilinen bir altta yatan hastalığı var mı? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anne ve baba için ayrı ayrı aile anamnezi:

- | | Anne | | Baba | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | evet | hayır | evet | hayır |
| 1. Bilinmeyen nedenlerle de olmak üzere sık sık burnunuz kanıyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kendinizde, bir yere çarpmadan da mor lekeler meydana geliyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kendinizde nedeni belli olmayan diş eti kanamaları tesbit ettiniz mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Kesik yaralarının (örn. traş olurken) epey uzun süre kanadığı yönünde bir izleniminiz var mı? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kendinizde ameliyat sonrasında uzun süreli veya şiddetli kanamalar oluştu mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Kendinizde diş çekilmesi sonrasında uzun süreli veya şiddetli kanama oluştu mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Size daha önce hiç kan konservesi veya kan ürünleri verildi mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ailenizde fazla kanama eğilimi olayları var mı ya da daha önce var mıydı? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. Adet kanamalarınızın epey uzun süreli (+7 gün) ve/veya epey iddetli olduğu (daha sık ped/tampon değiştirme ihtiyacı) yönünde bir niminiz var mı? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Bir çocuğunuzun doğumu sırasında veya sonrasında şiddetli kanama geçirdiniz mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |