



Anamnesefragen zur Erfassung des Blutungsrisikos

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

Name: _____ geb. am _____ Datum: _____

Анамнез ребёнка

- | | да | нет |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. У Вашего ребёнка часто бывает носовое кровотечение без видимых причин? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. У Вашего ребёнка часто возникают синие пятна , в том числе на туловище или в необычных местах? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. У Вашего ребёнка возникают после прививки хорошо заметные синие пятна в месте прививки? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Вы наблюдали у Вашего ребёнка кровотечение из дёсен без видимой причины? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ваш ребёнок уже переносил операцию ? Во время или после операции возникало повышенное или продолжительное кровотечение? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. У Вашего ребёнка возникало кровотечение при отпадании пуповины ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. При смене или удалении зубов возникло длительное или усиленное вторичное кровотечение? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ваш ребёнок уже получал консервированную кровь или продукты крови ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. В последние дни Ваш ребёнок принимал болеутоляющие средства , напр., анальгин?
Если да, то какие? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ваш ребёнок получал или получает медикаменты, напр, антибиотики, вальпроат, маркумар и др, ... ?
Если да, то какие? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. У вашего ребёнка есть известные основные заболевания , например, заболевание печени или почек? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Семейный анамнез, отдельно для:

- | | Мать | | Отец | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | да | нет | да | нет |
| 1. У Вас часто бывает носовое кровотечение , даже без видимых причин? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. У Вас часто возникают синие пятна , даже если Вы не стукнулись? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Вы часто наблюдали у себя кровотечение из дёсен без видимой причины? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. У Вас есть впечатление, что у Вас долго идёт кровь при порезах (напр., при бритье)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. У Вас возникало продолжительное или повышенное кровотечение после операций ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. У Вас возникло длительное или усиленное вторичное кровотечение при удалении ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Вы уже получали консервированную кровь или продукты крови ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Есть или были ли в Вашей семье случи повышенной склонности к кровотечению ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. У Вас есть впечатление, что ваши месячные слишком продолжительные (более 7 дней) и/или сильные (частая смена прокладок/тампонов)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. У вас возникали усиленные кровотечения при или во время родов ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |