



## Анамнезfragen 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 <b>носовое кровотечение</b> без видимых причин?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. У Вашего ребёнка часто возникают <b>синие пятна</b> , в том числе на туловище или в необычных местах?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. У Вашего ребёнка возникают после <b>прививки</b> хорошо заметные синие пятна в месте прививки?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Вы наблюдали у Вашего ребёнка <b>кровотечение из дёсен</b> без видимой причины?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ваш ребёнок уже переносил <b>операцию</b> ? Во время или после операции возникало повышенное или продолжительное кровотечение? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. У Вашего ребёнка возникало кровотечение при <b>отпадании пуповины</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. При <b>смене</b> или <b>удалении зубов</b> возникло длительное или усиленное вторичное кровотечение?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ваш ребёнок уже получал <b>консервированную кровь</b> или <b>продукты крови</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. В последние дни Ваш ребёнок принимал <b>болеутоляющие средства</b> , напр., анальгин?<br>Если да, то какие?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ваш ребёнок получал или получает медикаменты, напр, антибиотики, вальпроат, маркумар и др, ... ?<br>Если да, то какие?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. У вашего ребёнка есть известные <b>основные заболевания</b> , 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 <b>носовое кровотечение</b> , даже без видимых причин?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. У Вас часто возникают <b>синие пятна</b> , даже если Вы не стукнулись?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Вы часто наблюдали у себя <b>кровотечение из дёсен</b> 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 <b>порезах</b> (напр., при бритье)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. У Вас возникало продолжительное или повышенное кровотечение после <b>операций</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. У Вас возникло длительное или усиленное вторичное кровотечение при <b>удалении</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Вы уже получали <b>консервированную кровь</b> или <b>продукты крови</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Есть или были ли в Вашей семье <b>случи повышенной склонности к кровотечению</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. У Вас есть впечатление, что ваши <b>месячные слишком</b> продолжительные (более 7 дней) и/или сильные (частая смена прокладок/тампонов)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| 2. У вас возникали усиленные кровотечения <b>при или во время родов</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |