

Anesteziologický dotazník

Jméno a příjmení pacienta: _____ R. Č.: _____

Prosíme rodiče (zákonné zástupce), aby pravdivě vyplnili údaje o svém dítěti (svěřené osobě):

Datum narození: _____

Současná váha: _____ Současná výška: _____

- Prodělalo dítě závažné onemocnění, úraz, otravu? Pokud ano, uveďte: _____ ANO – NE

- Léčilo se dítě v nemocnici či prodělalo operaci? Pokud ano, uveďte: _____ ANO – NE

- Vyskytly se u dítěte problémy v souvislosti s anestezií? Pokud ano, uveďte: _____ ANO – NE

- Má dítě chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte: _____ ANO – NE

- Užívá dítě pravidelně léky? Pokud ano, uveďte: _____ ANO – NE

- Má dítě příznaky akutního onemocnění? Pokud ano, uveďte: _____ ANO – NE

- Má dítě alergie? (Léky, potraviny, či jiné látky), Pokud ano, uveďte: _____ ANO – NE

Informace o krevní srážlivosti

Níže uvedeným otázkám věnujte otázkám zvýšenou pozornost. Pokud odpovíte na všechny otázky NE, není třeba v rámci předoperačního vyšetření provést odběr krve k vyšetření krevní srážlivosti.

Rodina:

- Je známa porucha krevní srážlivosti u:
 - Rodičů dítěte? ANO – NE
 - Sourozenců dítěte? ANO – NE
 - Rodičů nebo sourozenců matky? ANO – NE
 - Rodičů nebo sourozenců otce? ANO – NE
- Vyskytlo se u některé z výše uvedených osob závažné krvácení? ANO – NE
- Trpí některá z výše uvedených osob od mládí zvýšenou krvácivostí? ANO – NE
(velmi silná menstruace, krvácení z dásní, velké modřiny)

Dítě (pacient)

- Tvoří se někdy velké nebo plastické modřiny u dítěte? ANO – NE
- Časté krvácení z nosu?
 - Pokud ano, vyberte možnost: jednostranně – oboustranně
 - Doba krvácení více než 5 minut? ANO – NE
 - Nutnost lékařského ošetření? ANO – NE
- Výrazné nebo opakované krvácení při prořezávání nebo vytržení zubů? ANO – NE

DOTAZNÍK JE NEGATIVNÍ, POKUD JE NA VŠECHNY OTÁZKY ODPOVĚZENO „NE“. V JINÉM PŘÍPADĚ JE NUTNO DOPLNIT LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ HEMOKOAGULACE

Datum: _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

Podpis: _____