

○ **Appendix II:**
Fragebogen zur präoperativen Erhebung der Blutungs-anamnese bei Kindern (gelb unterlegt: vom Erziehungsberechtigten des kindlichen Patienten zu lesen und auszufüllen)

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|------------------|
| Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen, bzw. ergänzen: | | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <u>Zusatzfragen u. Notizen des Arztes:</u> | wenn JA |
| 0 | Ist bei Ihrem Kind jemals eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden? | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | ▷ Diagnose erfragen | 2 |
| Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende Blutungsarten - auch ohne erkennbaren Grund? | | | | | |
| 1a | Nasenbluten (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Nasenputzen etc.) | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | ▷ immer schon ▷ nur saisonal ▷ HNO-Befund vorhanden ▷ bei Medikamenteneinnahme ▷ arterielle Hypertonie | 2 3 1 4 |
| 1b | blaue Flecken oder punktförmige Blutungen (auch am Körperstamm, auch ohne sich anzustoßen) | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | ▷ ist Ihr Kind sehr „lebhaft“ ▷ ohne jeglichen Zusammenhang mit Anstoßen, Zwicken etc. ▷ immer schon | 0 2 1 |
| 1c | Gelenksblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskel | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | | 2 |
| 2 | Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten ? | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | ▷ über 5 Minuten ▷ bei welchen Verletzungen | 2 2 1 |
| 3 | Gab es in der Vorgeschichte längeres / verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen ? | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | ▷ über 5 Minuten ▷ war Nachbehandlung nötig ▷ bei Medikamenteneinnahme | 2 2 1 |
| 4 | Gab es in der Vorgeschichte eine verstärkte Blutung während oder nach Operationen , bzw. längeres Bluten aus der Nabelwunde? | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | ▷ welche Operation ▷ war die Blutung tatsächlich über der Norm | 5 5 2 |
| 5 | Heilen die Wunden Ihres Kindes schlecht ab? | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | ▷ lange nässend, klaffend ▷ Vereitern ▷ Keloidbildung | 2 2 2 |
| 6 | Gab / gibt es in Ihrer Familie (Blutsverwandtschaft) Fälle von Blutungsneigung ? | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | ▷ Verwandtschaftsgrad ▷ Diagnose bekannt? | 2 |
| 7 | Nimmt oder nahm Ihr Kind in letzter Zeit eines der folgenden Medikamente ein? (z.B. Aspro®, Aspirin®, Voltaren®, Proxen-, Nureflex-Saft®, etc.) | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | ▷ Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme | 2 4 6 |
| 8 | Zusatzfrage bei Mädchen in der Pubertät: Sind die Monatsblutungen Ihrer Tochter verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Binden/Tamponwechsel)? | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | ▷ seit Menarche | 2 |
| Konsequenzen: (0) keine; (1) Medikamentenanamnese; (2) Konsultation: Gerinnungsteam; (3) Konsultation: Facharzt für HNO; (4) Konsultation: Internist; (5) Befundaushubung; (6) Konsultation: Internist/Chirurg und ev. Karenz | | | | | |
| Datum: _____ Unterschrift des/der Untersucher/in _____ | | | | | |