

o **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 type="checkbox"/> Nein	<input 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 type="checkbox"/> Nein	<input 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 type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ <i>immer schon</i> ▷ <i>nur saisonal</i> ▷ <i>HNO-Befund vorhanden</i> ▷ <i>bei Medikamenteneinnahme</i> ▷ <i>arterielle Hypertonie</i>	2 3 1 4
1b	blaue Flecken oder punktförmige Blutungen (auch am Körperstamm, auch ohne sich anzustoßen)		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ <i>ist Ihr Kind sehr „lebhaft“</i> ▷ <i>ohne jeglichen Zusammenhang mit Anstoßen, Zwicken etc.</i> ▷ <i>immer schon</i>	0 2 1
1c	Gelenksblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskel		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		2
2	Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten ?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ <i>über 5 Minuten</i> ▷ <i>bei welchen Verletzungen</i>	2 2 1
3	Gab es in der Vorgeschichte längeres / verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen ?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ <i>über 5 Minuten</i> ▷ <i>war Nachbehandlung nötig</i> ▷ <i>bei Medikamenteneinnahme</i>	2 2 1
4	Gab es in der Vorgeschichte eine verstärkte Blutung während oder nach Operationen , bzw längeres Bluten aus der Nabelwunde?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ <i>welche Operation</i> ▷ <i>war die Blutung tatsächlich über der Norm</i>	5 5 2
5	Heilen die Wunden Ihres Kindes schlecht ab?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ <i>lange nässend, klaffend</i> ▷ <i>Vereitern</i> ▷ <i>Keloidbildung</i>	2 2 2
6	Gab / gibt es in Ihrer Familie (Blutsverwandtschaft) Fälle von Blutungsneigung ?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ <i>Verwandtschaftsgrad</i> ▷ <i>Diagnose bekannt?</i>	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 type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ <i>Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme</i>	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 type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ <i>seit Menarche</i>	2
Konsequenzen: (0) keine; (1) Medikamentenanamnese; (2) Konsultation: Gerinnungsteam; (3) Konsultation: Facharzt für HNO; (4) Konsultation: Internist; (5) Befundaushebung; (6) Konsultation: Internist/Chirurg und ev. Karenz						
Datum:			Unterschrift des/der Untersucher/in			