

Fragebogen zur präoperativen Erhebung der Blutungsanamnese bei Erwachsenen

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen, bzw. ergänzen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Zusatzfragen u. Notizen des Arztes:	wenn JA
0 Ist bei Ihnen jemals eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ Diagnose erfragen	2
Beobachten Sie 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	▷ 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 type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ unfallträchtige Tätigkeiten ▷ immer schon ▷ bei Medikamenteneinnahme	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	▷ über 5 Minuten ▷ typische Verletzung, Nassrasur ▷ bei Medikamenteneinnahme	2 2 1
3 Gab es in Ihrer Vorgeschichte längeres / verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ über 5 Minuten ▷ war Nachbehandlung nötig ▷ bei Medikamenteneinnahme	2 2 1
4 Gab es in Ihrer Vorgeschichte eine verstärkte Blutung während oder nach Operationen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ welche Operation ▷ wardie Blutung tatsächlich über der Norm	5 5 2
5 Heilen Ihre Wunden schlecht ab?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ lange nässend, klaffend ▷ Vereitern ▷ Kelloidbildung	2 2 2
6 Gab / gibt es in Ihrer Familie (Blutsverwandtschaft) Fälle von Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ Verwandtschaftsgrad ▷ Diagnose bekannt	2
7a Nehmen oder nahmen Sie in letzter Zeit Medikamente zur Blutverdünnung ein? (z.B. Sintrom®, Marcoumar®, Plavix®, Tiklide®, Thrombo-ASS®, Herz-ASS®, Colfarit® etc.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ Blutungsneigung seit Medikamenteneinnahme	2 4 6
7b Nehmen Sie Schmerz- oder Rheumamittel ein, auch frei-verkäufliche(nichtvom Arzt verordnete)? (z.B. Aspirin®, Thomapyrin®, Voltaren®, Proxen®, Seractil®, Xefo® etc.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
8 <u>Zusatzfrage an Patientinnen:</u> Sind Ihre Monatsblutungen verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Binden/Tamponwechsel)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	▷ seit Menarche	2
Konsequenzen: (0) keine; (1) Medikamentenanamnese; (2) Konsultation: Gerinnungsteam; (3) Konsultation: Facharzt für HNO; (4) Konsultation: Internist; (5) Befundaufhebung; (6) Konsultation: Internist/Chirurg und ev. Karenz und Bridging				
Datum: Unterschrift des/der Untersucher/in				