



Fragebogen zur präoperativen Erhebung der Blutungsanamnese bei Erwachsenen

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Zusatzfragen u.
Notizen des Arztes: Konsequenz

1) Ist bei Ihnen jemals eine vermehrte Blutungsneigung festgestellt worden?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	- Wenn ja, dann	GT
2) Ist bei Ihnen jemals eine Thrombose festgestellt worden?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, innerhalb 12 Monate <input type="radio"/> Ja, länger als 12 Monate her	- Wenn ja, dann	GT
3) Ist bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen festgestellt worden?	<input type="radio"/> essentielle Thrombozythämie <input type="radio"/> Lupus erythematodes <input type="radio"/> Antiphospholipid-Syndrom <input type="radio"/> keine davon	- Wenn ja, dann	GT
4) Beobachten Sie folgende Blutungsarten - auch ohne erkennbaren Grund?			
a) Nasenbluten (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Nasenputzen etc.)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	- immer schon <input type="checkbox"/> - nur saisonal <input type="checkbox"/> - HNO-Befund vorhanden <input type="checkbox"/> - bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/> - Arterielle Hypertonie <input type="checkbox"/>	GT keine keine keine keine
b) blaue Flecken oder punktförmige Blutungen (auch am Körperstamm, auch ohne sich anzustoßen)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	- unfallträchtige Tätigkeiten <input type="checkbox"/> - immer schon <input type="checkbox"/> - bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>	keine GT keine
c) Gelenkblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskel	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	- Wenn ja, dann	GT
5) Beobachten Sie bei Schnittwunden und / oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	- über 5 Minuten <input type="checkbox"/> - bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>	GT keine
6) Gab es in Ihrer Vorgeschichte längeres / verstärktes Nachbluten beim Zähneziehen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	- über 5 Minuten <input type="checkbox"/> - bei Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>	GT keine
7) Gab es in Ihrer Vorgeschichte eine verstärkte Blutung während oder nach Operationen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	- Wenn ja, dann	GT
8) Heilen Ihre Wunden schlecht ab (lange nässend, klaffen, Vereitern, Kelloidbildung) ?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	- Wenn ja, dann	GT
9) Gab / gibt es in Ihrer Familie (Blutsverwandschaft) Fälle von Blutungsneigungen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	- Wenn ja, dann	GT

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Zusatzfragen u.
Notizen des Arztes:

Konsequenz

<p>10) Wurde bei Ihnen ein Stent implantiert?</p> <p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, am Herzen <input type="radio"/> Ja, an der Halsschlagader <input type="radio"/> Ja, am Bein</p> <p>-> Drug-eluting-Stent (DES) <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>-> Bare-metal-Stent (BMS) <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>-> unbekannt <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Monat / Jahr</p>	<p>keine</p>
<p>11) Nehmen oder nahmen Sie in letzter Zeit Medikamente zur Hemmung der Blut-Plättchen ein: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja, welche?</p> <p><input type="radio"/> Prasugrel (Efient®) <input type="radio"/> Ticagrelor (Brilique®) <input type="radio"/> Clopidogrel (Plavix®) <input type="radio"/> Ticlopidin (Tiklide®, Desitac®, Iopidin®)</p> <hr/> <p><input type="radio"/> ASS (Thrombo-ASS®, Herz-ASS®)</p>	<p>- Wenn Prasugrel, Clopidogrel oder Ticagrelor in den letzten drei Tagen eingenommen wurde</p> <p>- Wenn ASS in den letzten drei Tagen eingenommen wurde</p>	<p>ADP</p> <p>ASPI</p>
<p>12) Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Phenprocoumon (Marcumar®) <input type="radio"/> niedermolekulares Heparin (Clexane®) <input type="radio"/> Acenocoumarol (Sintrom®) <input type="radio"/> Fondaparinux (Arixtra®)</p> <p>Datum der letzten Einnahme <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>- Wenn ja, warum ?</p> <p>Vorhofflimmern <input type="checkbox"/> Thrombosen <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/> Andere Gründe <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/></p>	<p>keine</p>
<p><input type="radio"/> Dabigatran (Pradaxa®) <input type="radio"/> Rivaroxaban Xarelto® <input type="radio"/> Apixaban (Eliquis®) <input type="radio"/> Edoxaban (Lixiana®)</p> <p>Datum der letzten Einnahme <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>letzte Tagesdosis in mg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Uhrzeit (0-24h) <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>- Wenn in der letzten Woche eingenommen</p>	<p>MS + GT</p>
<p>13) Nehmen Sie Schmerz- oder Rheumamittel ein, auch frei-verkäufliche (nicht vom Arzt verordnete)? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p><input type="radio"/> Acetylsalicylsäure (Aspirin®) <input type="radio"/> Paracetamol (Thomapyrin®) <input type="radio"/> Sonstige</p>	<p>- Wenn Aspirin oder Thomapyrin in den letzten drei Tagen eingenommen wurde</p>	<p>ASPI</p>
<p><u>Zusatzfrage an Patientinnen:</u></p>		
<p>14) Sind oder waren Ihre Monatsblutungen verlängert (>7 Tage) und / oder verstärkt (Häufiger Binden- / Tamponwechsel)? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p>	<p>- Wenn ja, dann</p>	<p>GT</p>
<p>Konsequenzen: - GT: Konsultation: Gerinnungsteam (Telefon: 3819) - ADP: Multiplate ADP Test anfordern - ASPI: Multiplate ASPI Test anfordern - MS: Medikamentenspiegel bestimmen</p>		
<p>Datum: _____ Unterschrift des / der Untersucher/in : _____</p>		