

VYŠETŘENÍ PŘED MENŠÍM OPERAČNÍM ZÁKROKEM V OBLASTI ORL



➤ Vážení rodiče,

na základě vyšetření bylo Vašemu dítěti doporučen zákrok, pro který je doporučeno vyplnění tohoto dotazníku. Tento dotazník připravila Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP. Je to doporučený postup předoperačního vyšetření před adenotomií, tonsilektomií a zavedením ventilační trubičky u dětí. Na základě jednání odborných společností včetně ČPS a OSPDL bylo dohodnuto, že laboratorní vyšetření hemokoagulace (APTT, Quick), lze nahradit dotazníkem ke zjištění poruchy krevní srážlivosti.

Dotazník s rodiči vyplňuje pediatr zajišťující předoperační vyšetření. Řádně vyplněný dotazník musí být podepsaný vyšetřujícím pediatrem a jedním z rodičů. Dotazník je odeslán s dítětem k přijetí na ORL pracoviště, kde bude dotazník součástí ORL dokumentace. V případě nejasností při vyplnění dotazníku nebo zjištění podezření či poruchy koagulace zajistí pediatr (event. ve spolupráci s hematologem) příslušná laboratorní vyšetření (KO, APTT, Quick).

Doporučený postup předoperačního vyšetření před AV, TE, VT u dětí vznikl jako konsenzus odborných společností (Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP, Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP, Česká pediatrická společnost ČLS JEP, Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a Česká hematologická společnost ČLS JEP).

Cílem doporučeného postupu je zvýšit bezpečnost operovaných dětí. **Bez tohoto vyplněného dotazníku nebude výkon proveden.**

Dotazník ke zjištění poruchy krevní srážlivosti (vyplňuje a stvrzuje podpisem lékaře i rodiče dítěte):

1. Je známa porucha srážlivosti krve u:	
rodičů dítěte?	ANO - NE
sourozenců dítěte?	ANO - NE
rodičů nebo sourozenců matky?	ANO - NE
rodičů nebo sourozenců otce?	ANO - NE
2. Vyskytlo se u některé z výše uvedených osob závažné krvácení?	ANO - NE
3. Trpí některá z výše uvedených osob od mládí zvýšenou krvácivostí (velmi silná menstruace, krvácení z dásní, velké modřiny)?	ANO - NE
Dítě:	
4. Tvoří se někdy velké nebo plastické modřiny u dítěte?	ANO - NE

5. Časté krvácení z nosu?	jednostranně oboustranně	-	NE
Doba krvácení více než 5 minut?	ANO	-	NE
Nutnost lékařského ošetření?	ANO	-	NE
6. Výrazné nebo opakované krvácení při prořezávání nebo vytržení zubů?	ANO	-	NE
7. Prodělané operace?	ANO	-	NE
8. Užívání léků? Jakých?	ANO	-	NE

Souhrn: dotazník zjistil poruchu krevní srážlivosti ANO - NE
Pokud je zaškrtnuto souhrnné ANO, je třeba doplnit laboratorní vyšetření.

Datum:

.....
Podpis rodiče

.....
Podpis a razítko lékaře

