

OBLASTNÍ NEMOCNICE KLADNO, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje
272 59 Kladno, Vančurova 1548
IČO 27256537, tel. 312606111



Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
 nemocnice Středočeského kraje

ORL oddělení, prim.MUDr. Monika Plášková

Vyšetření před menším operačním zákrokem v oblasti ORL

Vážení rodiče,

na základě vyšetření bylo Vašemu dítěti doporučen zákrok adenotomie a tonsilektomie, 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 a tonsilektomií 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 na přijetí na ORL pracoviště, kde bude dotazník součástí ORL dokumentace. V případě nejistoty při vyplnění dotazníku nebo zjištění podezření či poruchy koagulace pediatr event.ve spolupráci s hematologem zajistí příslušná laboratorní vyšetření (KO, APTT, Quick)

Doporučený postup předoperačního vyšetření před adenotomií 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 lékař 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 zákonného zástupce

.....
 Podpis a razítko ošetřujícího pediatra