



Uherskohradištská
nemocnice a.s.

PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ DĚTSKÉHO PACIENTA PŘED ORL OPERACÍ

Uherskohradištská nemocnice a. s., J. E. Purkyně 365, 686 68 Uherské Hradiště
telefon: 572 529 111, e-mail: nemuh@nemuh.cz, IČ: 27 66 09 15
www.nemuh.cz

Příjmení a jméno :		Rodné číslo: <input type="text"/>		
Bydliště:		Pojišťovna: <input type="text"/>		
Operace:		Indikující lékař:		
AT	ortomikroskopie	zavedení VT		
DG:	Datum nástupu:	Čas: 7.00	Nalačno: <input type="checkbox"/> Ano - od půlnoci nejíst a nepít	Anestezie: <input type="checkbox"/> celková

Pediatrické předoperační vyšetření dítěte zahrnuje u elektivního výkonu s malou nebo střední chirurgickou zátěží:

(dítě do 19 let bez chronických nemocí, či jen s lehkým celkovým onemocněním bez omezení funkční výkonnosti)

- Rodinná anamnéza.
- Osobní anamnéza i alergologická a gynekologická anamnéza.
- Nynější onemocnění, komplikující onemocnění a případná dlouhodobá medikace.
- Základní klinická vyšetření.
- Výška a váha dítěte.
- Dotazník ke zjištění poruchy krevní srážlivosti.
- Další laboratorní vyšetření se provádí jen tehdy, pokud to je nutné dle pediatra.

Dotazník ke zjištění poruchy krevní srážlivosti. (Vyplní pediatr a rodiče.)

1. Je známá 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?	Pokud ano: jednostranně / oboustranně	Ano	Ne
Doba krvácení více než 5 minut?		Ano	Ne
Nutno lékařské ošetření?		Ano	Ne
6. Výrazné nebo opakované krvácení při prořezání nebo vytržení zubu?		Ano	Ne
7. Prodělané operace? Pokud ano, uveďte do předoperačního vyšetření.		Ano	Ne
8. Užívání léků? Pokud ano, uveďte do předoperačního vyšetření.		Ano	Ne
Souhrn: Dotazník zjistil poruchu krevní srážlivosti?		Ano	Ne

V případě nejistoty při vyplnění dotazníku nebo zjištění podezření či poruchy koagulace je nutné zajistit KO, APTT, Quick.

.....
Datum, podpis a razítko dětského lékaře:

.....
Podpis rodiče nebo zákonného zástupce: