



# Empfehlung der Arbeitsgruppe Perioperative Gerinnung der ÖGARI zum Thema: Fragebogen zur Detektion einer Blutungsneigung (Erwachsene und Kinder)

**Korrespondierender Autor:**

Dr. Georg Pfanner  
[agpg@oegari.at](mailto:agpg@oegari.at)

**Co-Autoren:**

Dr. Sabine Heil

**Erstellt:**

28.08.2018

**Gültig bis:**

31.12.2020

**Versionierung:**

V.2.0

<b>Fragebogen zur Detektion einer Blutungsneigung (Erwachsene)</b>				
Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen, bzw. ergänzen:		<input type="checkbox"/> N Nein	<input type="checkbox"/> J Ja	<u>Zusatzfragen u. Notizen des Arztes:</u>
1	Ist bei Ihnen jemals eine <b>Blutungsneigung</b> oder <b>Thrombose</b> festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> JA (2)
2	Beobachten Sie folgende <b>Blutungsarten - auch ohne erkennbaren Grund?</b>			<b>pos. Blutungs-Anamnese</b>
2a	<b>Nasenbluten</b> (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Nasenputzen etc.)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> immer (2) <i>✍</i> nur saisonal (0) <i>✍</i> bei Medikamenteneinnahme (1) <i>✍</i> arterielle Hypertonie? (4) <i>✍</i> HNO-Ursache? (3)
2b	<b>blaue Flecken</b> oder punktförmige Blutungen (auch am Körperstamm; auch ohne sich anzustoßen)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> unfallträchtige Tätigkeiten? (0) <i>✍</i> immer schon oder ab wann? (2) <i>✍</i> bei Medikamenteneinnahme (1)
2c	<b>Gelenksblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskel</b>	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> JA (2)
3	Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres <b>Nachbluten</b> ?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> > 5 Minuten (2) <i>✍</i> bei Nassrasur etc.? (2) <i>✍</i> bei Medikamenteneinnahme (1)
4	Gab es in der Vorgeschichte <b>längeres / verstärktes Nachbluten</b> beim Zahnziehen?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> Nachbehandlung nötig? (5,2) <i>✍</i> bei Medikamenteneinnahme (1)
5	Gab es in der Vorgeschichte eine <b>verstärkte Blutung</b> während oder nach Operationen?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> welche Operationen? (5) <i>✍</i> Blutung nicht chirurgisch (2)
6	Heilen <b>Wunden</b> schlecht ab?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> lange nässend, klaffend? (2) <i>✍</i> Neigung zur Kelloidbildung? (2)
7	Gab / gibt es in der Familie (Blutsverwandtschaft) Fälle von <b>Blutungsneigung</b> ?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> Verwandtschaftsgrad (2) <i>✍</i> Diagnose bekannt? (2)
8a	Nehmen Sie <b>Medikamente zur Blutverdünnung</b> ein? VKA: Sintrom®, Marcoumar® XABANE: Eliquis®, Lixiana®, Xarelto® DTI: Pradaxa® APT: ASS, Plavix®, Efient®, Brilique®	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> Angabe der Medikamente (1) <i>✍</i> Blutungsneigung bei Medikamenteneinnahme? (2, 4, 6)
8b	Nehmen Sie <b>Schmerz- oder Rheumamittel</b> ein? (z.B. Aspirin®, Thomapyrin®, Voltaren®, Proxen®, Seractil®, etc.)			
8c	Nehmen Sie <b>pflanzliche Präparate</b> oder Vitamin-Präparate ein? (z.B. Tebonin®, Tebofortan®, Ceremin®, Ginsana®, Geriatric-Pharmaton®, Supradyn vital plus®, Zintona®, Kwai® etc.)			
9	Zusatzfrage an Patientinnen: Sind <b>Monatsblutungen</b> verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Wechsel von Tampons/Binden)?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> seit Menarche? (2)
<b>Konsequenzen</b> (0) keine; (1) Medikamentenanamnese; (2) Konsultation Gerinnungsteam; (3) Konsultation FA für HNO; (4) Konsultation Internist; (5) Befundaushebung; (6) Konsultation Internist/Chirurg - ggf. Karenz / Bridging				
Datum		Arzt		Patient

<b>Fragebogen zur Detektion einer Blutungsneigung (Kinder)</b>				
Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen, bzw. ergänzen:		<input type="checkbox"/> N Nein	<input type="checkbox"/> J Ja	<u>Zusatzfragen u. Notizen des Arztes:</u>
1	Ist bei Ihrem Kind jemals eine <b>Blutungsneigung</b> oder <b>Thrombose</b> festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> JA (2)
2	Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende <b>Blutungsarten - auch ohne erkennbaren Grund?</b>			<b>pos. Blutungs-Anamnese</b>
2a	<b>Nasenbluten</b> (ohne andere Ursachen wie Schnupfen, trockene Luft, starkes Nasenputzen etc.)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> immer (2) <i>✍</i> nur saisonal (0) <i>✍</i> bei Medikamenteneinnahme (1) <i>✍</i> arterielle Hypertonie? (4) <i>✍</i> HNO-Ursache? (3)
2b	<b>blaue Flecken</b> oder punktförmige Blutungen (auch am Körperstamm; auch ohne sich anzustoßen)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> unfallträchtige Tätigkeiten? (0) <i>✍</i> immer schon oder ab wann? (2) <i>✍</i> bei Medikamenteneinnahme (1)
2c	<b>Gelenksblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskel</b>	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> JA (2)
3	Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres <b>Nachbluten</b> ?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> > 5 Minuten (2) <i>✍</i> bei Nassrasur etc.? (2) <i>✍</i> bei Medikamenteneinnahme (1)
4	Gab es in der Vorgeschichte <b>längeres / verstärktes Nachbluten</b> beim Zahnziehen?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> Nachbehandlung nötig? (5,2) <i>✍</i> bei Medikamenteneinnahme (1)
5	Gab es in der Vorgeschichte eine <b>verstärkte Blutung</b> während oder nach Operationen?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> welche Operationen? (5) <i>✍</i> Blutung nicht chirurgisch (2)
6	Heilen <b>Wunden</b> schlecht ab?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> lange nässend, klaffend? (2) <i>✍</i> Neigung zur Kelloidbildung? (2)
7	Gab / gibt es in der Familie (Blutsverwandtschaft) Fälle von <b>Blutungsneigung</b> ?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> Verwandtschaftsgrad (2) <i>✍</i> Diagnose bekannt? (2)
8	Nimmt Ihr Kind folgende <b>Medikamente</b> ein? Aspro®, Aspirin®, Proxen®, Nureflex®	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> Angabe der Medikamente (1) <i>✍</i> Blutungsneigung bei Medikamenteneinnahme? (2)
9	<u>Zusatzfrage bei Mädchen nach der Menarche:</u> Sind <b>Monatsblutungen</b> verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Wechsel von Tampons/Binden)?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	<i>✍</i> seit Menarche? (2)
<b>Konsequenzen</b>				
(0) keine; (1) Medikamentenanamnese; (2) Konsultation Gerinnungsteam; (3) Konsultation FA für HNO; (4) Konsultation Pädiater; (5) Befundaushebung;				
Datum	Arzt		Erziehungsberechtigte(r)	