



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

Korrespondierender Autor:

Dr. Georg Pfanner, OA, LKH-Feldkirch
georg.pfanner@lkhf.at

Co-Autoren:

Dr. Sabine Heil, OÄ, Wilhelminenspital, Wien

Erstellt:

28.08.2018

Gültig bis:

01.01.2023

Versionierung:

V.2.0

| Fragebogen zur Detektion einer Blutungsneigung (Erwachsene) | | | | |
|--|---|------------------------------------|----------------------------------|--|
| 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 Blutungsneigung oder Thrombose festgestellt worden? | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> J | <i>✍</i> JA (2) |
| 2 | Beobachten Sie folgende Blutungsarten - auch ohne erkennbaren Grund? | | | pos. Blutungs-Anamnese |
| 2a | Nasenbluten (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 | blaue Flecken 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 | Gelenksblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskel | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> J | <i>✍</i> JA (2) |
| 3 | Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten ? | <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 längeres / verstärktes Nachbluten 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 verstärkte Blutung 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 Wunden 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 Blutungsneigung ? | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> J | <i>✍</i> Verwandtschaftsgrad (2) <i>✍</i> Diagnose bekannt? (2) |
| 8a | Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung 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 Schmerz- oder Rheumamittel ein? (z.B. Aspirin®, Thomapyrin®, Voltaren®, Proxen®, Seractil®, etc.) | | | |
| 8c | Nehmen Sie pflanzliche Präparate oder Vitamin-Präparate ein? (z.B. Tebonin®, Tebofortan®, Ceremin®, Ginsana®, Geriatric-Pharmaton®, Supradyn vital plus®, Zintona®, Kwai® etc.) | | | |
| 9 | Zusatzfrage an Patientinnen: Sind Monatsblutungen verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Wechsel von Tampons/Binden)? | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> J | <i>✍</i> seit Menarche? (2) |
| Konsequenzen (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 | | |
| | | | | |

| Fragebogen zur Detektion einer Blutungsneigung (Kinder) | | | | |
|--|--|------------------------------------|----------------------------------|--|
| 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 Blutungsneigung oder Thrombose festgestellt worden? | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> J | <i>✍</i> JA (2) |
| 2 | Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende Blutungsarten - auch ohne erkennbaren Grund? | | | pos. Blutungs-Anamnese |
| 2a | Nasenbluten (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 | blaue Flecken 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 | Gelenksblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskel | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> J | <i>✍</i> JA (2) |
| 3 | Beobachten Sie bei Schnittwunden und/oder Schürfwunden ein längeres Nachbluten ? | <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 längeres / verstärktes Nachbluten 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 verstärkte Blutung 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 Wunden 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 Blutungsneigung ? | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> J | <i>✍</i> Verwandtschaftsgrad (2) <i>✍</i> Diagnose bekannt? (2) |
| 8 | Nimmt Ihr Kind folgende Medikamente 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 Monatsblutungen verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Wechsel von Tampons/Binden)? | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> J | <i>✍</i> seit Menarche? (2) |
| Konsequenzen | | | | |
| (0) keine; (1) Medikamentenanamnese; (2) Konsultation Gerinnungsteam; (3) Konsultation FA für HNO; (4) Konsultation Pädiater; (5) Befundaushebung; | | | | |
| Datum | Arzt | | Erziehungsberechtigte(r) | |
| | | | | |