



Jméno:

Příjmení:

Rodné č.:

TROMBOFILIE - CÍLENÝ ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

prosím, vyplňte zatržením příp. vypsáním správné odpovědi - čtěte **POZORNĚ** a odpovídejte úplně:

Jméno a příjmení:
Rodné číslo:
Pojišťovna:

RA:	
U mých pokrevních příbuzných připište, u koho konkrétně (rodiče, prarodiče, sourozenci, děti, strýcové, tety) se vyskytla tato zátěžová onemocnění:	
trombóza:	opakované samovolné potraty:
embolie:	nádorové onemocnění, a čeho konkrétně:
infarkt myokardu:	cukrovka:
angina pectoris:	
cévní mozková příhoda (mrtvice):	
křečové žíly:	sklon ke krvácení:
bércové vředy:	jiné nemoci - prosím uveďte:
ischemická choroba tepen dolních končetin:	
revmatoidní artritida:	

OA:
Od dětství jsem prodělal(a) tyto nemoci:

Komentář k OA:
Měl(a) jste již někdy trombózu a / nebo plicní embolii: (vyhovující odpověď zatrhněte) ano ☐ ne ☐
Pokud ano, kdy:
Vznikla samovolně bez zjištěné příčiny: ano ☐ ne ☐
Předcházela ji nějaká nemoc: ano ☐ ne ☐ úraz ☐ operace ☐ sádra na noze ☐ těhotenství ☐
dlouhá cesta ☐ případně jiné - vypište slovy:
Byla to první příhoda toho druhu: ano ☐ ne ☐
Měl(a) jste trombózu a / nebo plicní embolii vícekrát? Prosím, vypište:

Měla jste někdy nohu v sádře: ano ☐ ne ☐
Pokud ano, kdy a proč: zlomenina ☐ výron ☐ operace ☐ případně jiné - vypište slovy:
Byly při ní nějaké komplikace: otok ☐ trombóza ☐ embolie ☐

Měl(a) jste nějaké operace: ano ☐ ne ☐
Pokud ano, čeho a kdy:
Byly po nich nějaké komplikace (viz výše)?

Dostal(a) jste někdy transfúzi: ano ☐ ne ☐
Pokud ano, byly nějaké komplikace: horečka ☐ alergická nebo jiná nežádoucí reakce - prosím vypište slovy:

Otékají Vám někdy nohy: ano ☐ ne ☐
Pokud ano, v jaké souvislosti: při cestování ☐ za horka ☐ před měsíčky ☐ jinak - prosím vypište slovy:

PROSÍM, OBRAŤTE

Trpíte křečemi v nohou: ano ☐ ne ☐ občas ☐ v noci ☐ v klidu ☐ při chůzi ☐

Trpíte: křečovými žilami ☐ záněty žil ☐ hemoroidy ☐ často opakovanými záněty žil ☐ cukrovkou ☐
vysokým krevním tlakem ☐ často opakovanými záněty žil ☐ bércovými vředy ☐ ischemickou chorobu tepen dolních končetin ☐ anginou pectoris ☐ ischemickou chorobou srdeční ☐ jiným cévním onemocněním (prosím vypište, uveďte i cévní onemocnění již vyléčená):

Absolvoval(a) jste někdy cestu dopr. prostředkem delší než 4 hodiny bez přestávky: ano ☐ ne ☐
Pokud ano, kdy:
Byly nějaké komplikace: ano ☐ ne ☐

Máte alergii: ano ☐ ne ☐
Pokud ano, na co (včetně léků), prosím, vypište:

Kolik tekutin průměrně denně vypijete (káva se nepočítá):

Prosím, uveďte, jaké nyní užíváte léky:

Užíval(a) jste již někdy léky proti srážení („na ředění“) krve: ano ☐ ne ☐
Pokud ano, jak dlouho:
Užíváte-li je dosud, které a v jaké dávce:

Kouříte: ano ☐ ne ☐
Pokud ano: dýmku ☐ cigarety ☐ kolik denně:
Bývalý kuřák - před kolika lety jste přestal(a):
Jiné pravidelné návyky (káva, alkoholické nápoje, jiné):

Sportujete: ano ☐ ne ☐

Vaše profese (u důchodců dřívější hlavní životní zaměstnání):

Žijete s: manželem(-kou) ☐ rodinou ☐ osaměle ☐ v sociálním zařízení ☐ příp. jinak - prosím, vypište:

Místo pro případné další údaje, které ze zdravotního hlediska považujete za důležité:

POUZE PRO ŽENY:
Kolikrát jste rodila:
Měla jste samovolný potrat nebo mrtvý plod: ano ☐ ne ☐
Pokud ano, kolikrát:
Umělé přerušení těhotenství - kolikrát:
Užívala jste někdy hormony (včetně antikoncepce): ano ☐ ne ☐
Pokud ano, jak dlouho:
Byly nějaké komplikace:

Pokud některým otázkám nerozumíte, neváhejte se zeptat lékaře při vyšetření.

Datum:

Vlastnoruční podpis:

Podpis vyšetřujícího lékaře: