

Auf Basis der Empfehlung der Arbeitsgruppe Perioperative Gerinnung der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin ÖGARI zum Thema: Präoperative/präinterventionelle Anamnese-basierte Gerinnungsevaluierung

Fragebogen zur standardisierten Erhebung der Blutgerinnungsanamnese bei Erwachsenen	Patientendaten/Aufkleber:
--	----------------------------------

- 1) Ist bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung (Blutungsneigung oder Neigung zu Thrombosen) bekannt?** nein ja

Wenn ja bitte angeben:

- 2) Beobachten Sie folgende Blutungsarten?**

- a) **vermehrtes Nasenbluten**

nein ja

Wenn ja, bitte angeben:

- Tritt ganzjährig oder saisonal auf?
- bekannte Ursache (Befund HNO-Arzt):

- b) **spontane „blaue Flecken“ oder punktförmige Blutungen**

nein ja

Wenn ja, bitte angeben:

- unfallträchtige Tätigkeiten?
- seit wann?
- gehäuft bei Einnahme von Schmerzmitteln?

- nein ja

- c) **Gelenksblutungen, Blutungen in Weichteilen oder Muskeln**

nein ja

- 3) **Beobachten Sie bei Schnitt-/Schürfwunden längeres Nachbluten? (Ist zum Beispiel mehrfaches Pflasterwechseln erforderlich?)** nein ja

- 4) **Hatten Sie in der Vergangenheit eine verstärkte Blutung während/nach Operationen?** nein ja

Wenn ja, bitte angeben:

- Operation(en):

- 5) **Gab es Ihrer der Vorgeschichte längeres/verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen?** nein ja

Wenn ja, bitte angeben:

- Dauer:
- Nur nach der Einnahme von Schmerzmitteln?
 - nein ja
- War eine Nachbehandlung nötig?
 - nein ja

6) Gab/gibt es in der Familie (Blutsverwandtschaft) Fälle von Blutungsneigung? nein ja

Wenn ja, bitte angeben:

- Diagnose:
- Verwandtschaftsgrad:

7) Haben Sie in den letzten Tagen eines der folgenden Medikamente eingenommen? nein ja

- a) Medikamente zur Blutverdünnung** (z.B. Sintrom®, Marcoumar®, Eliquis®, Lixiana®, Xarelto®, Pradaxa®, ASS, Plavix®, Efient®, Brilique®)
- b) Schmerz- oder Rheumamittel** (z.B. Aspirin®, Thomapyrin®, Voltaren®, Proxen®, Seractil®)
- c) pflanzliche Präparate oder Vitamin-Präparate** (z.B. Tebonin®, Tebofortan®, Ceremin®, Ginsana®, Geriatric-Pharmaton®, Supradyn vitalplus®, Zintona®, Kwai® etc.)

Wenn ja, bitte angeben:

- Präparat:
- Beobachten Sie eine Blutungsneigung (oder eine Zunahme der Blutungsneigung) seit die Medikamente eingenommen werden?
 - nein ja
- Konnten Sie vor Einnahme der Medikamente keinerlei auffällige Blutungsneigung beobachten?
 - nein ja

8) Zusatzfrage bei Frauen: Sind/waren Ihre Monatsblutungen verlängert (>7 Tage) und/oder ist die Monatsblutung verstärkt (mehr als 7 Tampons/Binden pro Tag)? nein ja

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

Unterschrift (Patient/in): _____

Von Anästhesist/in auszufüllen: War die Blutung tatsächlich über der Norm nein ja

Konsequenzen: keine

Unterschrift (Anästhesist/in): _____