



Adrema

Fragebogen zur Ermittlung eines erhöhten Thromboserisikos

(vom Patienten/in auszufüllen)

Testen Sie sich selbst !

Beantworten Sie die nachfolgend aufgeführten Fragen durch Ankreuzen bzw. Eintragen der erforderlichen Angaben. (Bitte ankreuzen und ausfüllen !)

	Score
1. Leiden Sie an einem bösartigen Tumor (Krebs) ? JA: <input type="checkbox"/> NEIN: <input type="checkbox"/>	3
2. Ist eine Neigung Ihres Blutes zum „Verklumpen“ (Thrombophilie) bereits nachgewiesen, z.B. bei einseitig geschwollenem Bein oder Arm ? JA: <input type="checkbox"/> NEIN: <input type="checkbox"/>	3
3. Haben Sie früher eine Thrombose, z.B. der Beine, Arme oder im Bauch, und/oder eine Lungenembolie erlitten ? JA: <input type="checkbox"/> NEIN: <input type="checkbox"/>	3
4. Ist eine Operation geplant, die mehr als 60 Minuten andauern wird ? JA: <input type="checkbox"/> NEIN: <input type="checkbox"/>	2

* Oberschenkelstrümpfe nur, wenn sich im Knie oder Oberschenkelbereich grosse sichtbare Krampfaderen befinden.

5. Nehmen Sie Medikamente, die eine Thrombose begünstigen können, wie z.B. östrogenhaltige Medikamente (Pille, Hormonersatztherapie) ein ?

JA: NEIN:

1

6. Sind Sie über 70 Jahre alt ?

JA: NEIN:

1

7. Sind Sie übergewichtig ?

JA: NEIN:

1

8. Haben Sie in den letzten 12 Wochen mindestens 3 Tage fest im Bett gelegen (**nicht** nach einer Operation) ?

JA: NEIN:

1

.....
Name, Unterschrift, Datum (Patient)

.....
Name, Unterschrift, Datum (MDA)

**Thromboserisiko
für operative Patienten**

Score (von der MDA auszufüllen)

Niedrig Score: 0 oder 1	
Mittel Score: 2 oder 3	
Hoch Score: ≥ 4	

**Thromboserisiko
für nicht-operative Patienten**

Score (von der MDA auszufüllen)

Niedrig Score: ≤ 3	
Hoch Score: ≥ 4	