

فرم شرح حال و نتایج آزمایشات بیماران

خونریزی دهنده و ترومبوفیلی

جهت آزمایشات تخصصی

تاریخ:

مشخصات بیمار			
نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	سن:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
شماره تلفن بیمار:	نام پزشک معالج:	شماره پذیرش:	
آدرس:			
شرح حال بیمار (علت مراجعه و سن شروع علائم):			
آیا بیمار مبتلا به هموفیلی است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
دریافت خون و فرآورده (تاریخ آخرین یافت): / /			
نوع داروهای مصرفی و داروی ضد انعقاد (تاریخ آخرین مصرف):			
سابقه ترومبوفیلی و تاریخ اولین و آخرین رخداد:			
ترومبوز وریدی: <input type="checkbox"/> Unusual sites <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> PTE			
ترومبوز شریانی: <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> CVA			
سابقه اختلالات بارداری: (سقط: تعداد سن بارداری)			
<input type="checkbox"/> زایمان زودرس		<input type="checkbox"/> مرگ جنین	
<input type="checkbox"/> پره اکلامپسی			
<input type="checkbox"/> PT Patient	<input type="checkbox"/> Plt Secretion	<input type="checkbox"/> HMWK	<input type="checkbox"/> VMF:RCO/VWF:Ag
<input type="checkbox"/> PT Control	<input type="checkbox"/> RIPA	<input type="checkbox"/> PK	<input type="checkbox"/> VWF CB/VWF Ag
<input type="checkbox"/> PT Mix	<input type="checkbox"/> CD:41 CD:61 CD:42	<input type="checkbox"/> FXIII Screen	<input type="checkbox"/> APL IgG
<input type="checkbox"/> INR	<input type="checkbox"/> F II	<input type="checkbox"/> FXIII Activity	<input type="checkbox"/> APL IgM
<input type="checkbox"/> PTT Patient	<input type="checkbox"/> F V	<input type="checkbox"/> FXIII Ag	<input type="checkbox"/> ACL IgG
<input type="checkbox"/> PTT Control	<input type="checkbox"/> F VII Rec	<input type="checkbox"/> A2 Antiplamin	<input type="checkbox"/> ACL IgM
<input type="checkbox"/> PTT Mix	<input type="checkbox"/> F VII Rabbit	<input type="checkbox"/> Plasminogen	
<input type="checkbox"/> PTT Mix 2h	<input type="checkbox"/> F VII Inh	<input type="checkbox"/> Anti Xa	<input type="checkbox"/> LA Conclusion
<input type="checkbox"/> BT	<input type="checkbox"/> F VIII 1stage	<input type="checkbox"/> ADAMTS 13 Act	
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> F VIII Chrom	<input type="checkbox"/> ADAMTS 13 Inh	<input type="checkbox"/> PTT LA
<input type="checkbox"/> TT	<input type="checkbox"/> F VIII Inh	<input type="checkbox"/> Pr. C (Clot)	<input type="checkbox"/> MIX PTT LA
<input type="checkbox"/> RT	<input type="checkbox"/> VWF:Ag	<input type="checkbox"/> Pr. C (Chrom)	<input type="checkbox"/> STACLOT LA
<input type="checkbox"/> Anti Pf4 Screen	<input type="checkbox"/> VWF:RCo		<input type="checkbox"/> DRVVT-S
<input type="checkbox"/> HIPA	<input type="checkbox"/> VWF:CB	<input type="checkbox"/> Pr. S	<input type="checkbox"/> DRVVT-mix
<input type="checkbox"/> Fibrinogen	<input type="checkbox"/> VWF:Inh	<input type="checkbox"/> Free Pr. S	<input type="checkbox"/> DRVVT-C
<input type="checkbox"/> FDP	<input type="checkbox"/> F IX	<input type="checkbox"/> Total Pr. S	<input type="checkbox"/> DRVVT ratio
<input type="checkbox"/> D-Dimer	<input type="checkbox"/> F IX Inh	<input type="checkbox"/> AT III	<input type="checkbox"/> SCT-S
<input type="checkbox"/> Others	<input type="checkbox"/> F X	<input type="checkbox"/> APC-R	<input type="checkbox"/> SCT-mix
<input type="checkbox"/> PLT Count	<input type="checkbox"/> F XI	<input type="checkbox"/> F V Leiden	<input type="checkbox"/> SCT-C
<input type="checkbox"/> PLT aggregation	<input type="checkbox"/> F XII	<input type="checkbox"/> Prothrombin 20210	<input type="checkbox"/> SCT-RT
توضیحات:			

فرم شرح حال و نتایج آزمایشات بیماران

خونریزی دهنده و ترومبوفیلی

جهت آزمایشات تخصصی

تاریخ:

خونریزی از بینی:	خونریزی به دنبال کشیدن دندان:
<ol style="list-style-type: none"> بیش از ۵ بار در سال / بیش از ۱۰ دقیقه مراجعه به پزشک تامبون یا سوزاندن با آنتی فیبرینولیتیک تزریق RBC / تزریق پلاکت با پلاسما یا فاکتور DDAVP / rFVIIa 	<ol style="list-style-type: none"> خونریزی در کمتر از ۲۵٪ از جراحی‌ها رخ داده/بدون نیاز به مداخله خونریزی در بیشتر از ۲۵٪ از جراحی‌ها رخ داده/بدون نیاز به مداخله نیازمند بخیه مجدد یا فشار دادن (Packing) تزریق خون یا فرآورده‌های خونی / DDAVP
کبودی/ اکیموز / یوربورا / هماتوم زیر جلدی:	خونریزی بعد از عمل جراحی:
<ol style="list-style-type: none"> بیش از ۵ عدد یا بزرگتر از یک سانت مراجعه به پزشک کبودی وسیع هماتوم خود به خود نیازمند تزریق خون 	<ol style="list-style-type: none"> خونریزی در کمتر از ۲۵٪ از جراحی‌ها رخ داده/بدون نیاز به مداخله خونریزی در بیشتر از ۲۵٪ از جراحی‌ها رخ داده/بدون نیاز به مداخله نیازمند جراحی برای بند آمدن خون یا دریافت آنتی فیبرینولیتیک تزریق خون یا فرآورده‌های خونی / DDAVP
خونریزی از زخم‌های کوچک:	خونریزی‌های غیر طبیعی قاعدگی _منوراژی):
<ol style="list-style-type: none"> بیش از ۵ بار در سال / بیش از ۱۰ دقیقه مراجعه به پزشک نیازمند جراحی برای بند آمدن خون تزریق خون یا فرآورده‌های خونی / DDAVP 	<ol style="list-style-type: none"> مشاوره با پزشک / تعویض پد کمتر از ۲ ساعت یکبار / دفع لخته یا حجم زیاد خون / PBAC>100 بیش از ۲ بار در سال مانع رفتن به کار یا مدرسه می‌شود / نیازمند استفاده از قرص هورمونی یا آنتی فیبرینولیتیک یا درمان با آهن نیازمند استفاده همزمان آنتی فیبرینولیتیک و داروی هورمونی با وجود خونریزی غیرطبیعی از زمان منارک یا بیش از یک سال منوراژی حاد نیازمند بستری در بیمارستان و درمان اورژانس یا نیازمند تزریق خون یا فرآورده‌های خونی / DDAVP یا نیازمند D&C یا هیستریکتومی
خونریزی مخاطی دهان:	خونریزی بعد از زایمان:
<ol style="list-style-type: none"> وجود دارد مراجعه به پزشک نیازمند جراحی برای بند آمدن خون یا مصرف فیبرینولیتیک (ترانسید) تزریق خون یا فرآورده‌های خونی / DDAVP 	<ol style="list-style-type: none"> مشاوره با پزشک یا بدون نیاز به Syntocin یا خونریزی معمول بعد از زایمان که بیش از ۶ هفته ادامه داشته باشد درمان با آهن یا مصرف فیبرینولیتیک نیازمند تزریق خون یا فرآورده‌های خونی / DDAVP یا بی‌حسی جهت بررسی و یا استفاده از بالون یا تامپون رحمی هرگونه اقدام اورژانسی برای وضعیت حاد یا انجام اقدامات جراحی از جمله هیستریکتومی
خونریزی گوارشی:	خون در ادرار (هماتوری):
<ol style="list-style-type: none"> وجود دارد (بدون همراهی با زخم / همورویید / انژیودیسپلازی / PTH مراجعه به پزشک نیازمند جراحی برای بند آمدن خون یا مصرف فیبرینولیتیک (ترانسید) تزریق خون یا فرآورده‌های خونی / DDAVP 	<ol style="list-style-type: none"> وجود دارد (ماکروسکوپیک) مراجعه به پزشک نیازمند جراحی برای بند آمدن خون یا مصرف آهن تزریق خون یا فرآورده‌های خونی / DDAVP
خونریزی داخلی عضله:	خونریزی مغزی:
<ol style="list-style-type: none"> به دنبال ضربه بدون نیاز به درمان خوبخود بدون نیاز به درمان خوبخود یا به دنبال ضربه نیازمند DDAVP یا درمان با فرآورده و فاکتور خوبخود یا به دنبال ضربه نیازمند اقدامات جراحی یا تزریق خون 	<p>۰-۲: ---</p> <ol style="list-style-type: none"> خونریزی ساب دورال، بدون هرگونه مداخله خونریزی داخل مغزی، بدون مداخله
خونریزی مفصلی:	سایر خونریزی‌ها (از بند ناف - سفالوهماتوم - هماتوم گونه نوزاد به دنبال مکیدن شیر - خونریزی شدید بعد از ختنه یا خونگیری - خونریزی ملتحمه چشم):
<ol style="list-style-type: none"> به دنبال ضربه بدون نیاز به درمان خوبخود بدون نیاز به درمان خوبخود یا به دنبال ضربه نیازمند DDAVP یا درمان با فرآورده و فاکتور خوبخود یا به دنبال ضربه نیازمند اقدامات جراحی یا تزریق خون 	<ol style="list-style-type: none"> وجود دارد مراجعه به پزشک نیازمند جراحی برای بند آمدن خون یا مصرف فیبرینولیتیک تزریق خون یا فرآورده‌های خونی / DDAVP

فرم شرح حال و نتایج آزمایشات بیماران

خونریزی دهنده و ترومبوفیلی

جهت آزمایشات تخصصی

تاریخ: