

Questionnaire Tendance à saigner [®] voir au verso de la feuille

Date

Nom..... Prénom(s)

Date de naissance

Taille.....cm Poids kg Groupe sanguin Nr. de téléphone:

S'il vous plaît répondez aux questions suivantes avec une croix:

Saignements abondants après des interventions chirurgicales	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	3
Transfusion sanguine pendant ou après des interventions chirurgicales	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	1
Guérison prolongée et mauvaise des blessures	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	2
Ecchymoses élargies après des blessures légères	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	1.5
Saignement prolongé après des coupures	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	1
Saignement inattendu et prolongé après des extractions dentaires ou hygiène dentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	3
Saignements fréquents dans les articulations	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	3
Tendance au saignement chez les parents, frères/sœurs, grands-parents et famille élargie, par exemple après des interventions chirurgicales, blessures ou extractions dentaires, ecchymoses, règles abondantes.	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	2
Saignements fréquents de nez	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	0,5
Avez-vous pris de l'aspirine (ASS) ou des médicaments contenant de l'aspirine au cours des 7 derniers jours, par exemple Clopidogrel, Plavix, Iscover, Efient, Brilique?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Aucun	
Avez-vous pris des antidouleurs, des médicaments contre la grippe ou pour les rhumatismes au cours des 7 derniers jours, par exemple Diclofénac, Ibuprofène, Ponstan, Mefenacid, Algifor, Xefo?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous souffert d'une thrombose, une embolie pulmonaire, des crises cardiaques ou des accidents vasculaires cérébraux?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Quels médicaments ou compléments alimentaires prenez vous? S'il vous plaît, utilisez le verso du papier pour plus d'observations			

Seulement pour les femmes: avez-vous souffert ou souffrez-vous de			
Menstruations abondantes et/ou prolongés Plus de 3 tampons/bandes hygiéniques par jour et/ou durée de plus de six jours	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	2
Saignements prolongés après des accouchements ou des avortements?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	2
Avez-vous des enfants?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Êtes-vous actuellement enceinte?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous eu un avortement?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	

Avis de copyright

Tous les contenus de ce formulaire sont protégés par des droits d'auteur. Sauf mention contraire expresse, les droits d'auteur sont détenus par Haemoclot AG Zurich. Veuillez nous contacter si vous souhaitez utiliser le contenu de ce site.

Toute personne qui enfreint le droit d'auteur (par exemple en copiant des contenus sans autorisation) est passible de poursuites judiciaires. Il est également passible d'une amende et doit payer des dommages et intérêts. Les copies de contenus peuvent facilement faire l'objet de poursuites pénales sur Internet.

Zurich, le 27.02.2025 Prof. Dr. Peter Hellstern