

Thrombophilie

Praxisstempel

| | | |
|--------------------------------|---------|------------------------|
| | | |
| Name, Vorname des Versicherten | Geb. am | |
| | | |
| Größe | Gewicht | Datum der Blutentnahme |

Ereignis

Patient ohne thromboembolisches Ereignis (Angaben zur Familienanamnese auf der Rückseite erforderlich)

Patient mit gesichertem thromboembolischem Ereignis (tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie, atypische Thrombose)

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Ereignis | Zeitpunkt: _____ | Risikofaktoren: _____ | <input type="checkbox"/> idiopathisch |
| <input type="checkbox"/> 2. Ereignis | Zeitpunkt: _____ | Risikofaktoren: _____ | <input type="checkbox"/> idiopathisch |
| <input type="checkbox"/> 3. Ereignis | Zeitpunkt: _____ | Risikofaktoren: _____ | <input type="checkbox"/> idiopathisch |

Risikofaktoren: Hormontherapie (H), Schwangerschaft (S), Wochenbett (W), Immobilisation (I), Adipositas (A), Malignom (M), Operation (O), Flugreise (F), Nikotinabusus (N)

| Lokalisation der Thrombose | 1. Ereignis | 2. Ereignis | 3. Ereignis |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lungenembolie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiefe Beinvenenthrombose Unterschenkel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiefe Beinvenenthrombose Oberschenkel (mit V. poplitea) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sinusvenenthrombose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mesenterial-/Pfortaderthrombose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Armvenenthrombose oder Thrombose in V. subclavia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muskelvenenthrombose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Lokalisation: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Residuen nachgewiesen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Patient mit anderem Ereignis

- | | |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Abortneigung (> 2 Aborte) | SSWs: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaftskomplikationen (HELLP-Syndrom, Eklampsie) | Zeitpunkt: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zentralvenenthrombose (Auge) | Zeitpunkt: _____ |
| <input type="checkbox"/> Thrombophlebitis | Zeitpunkt: _____ |
| <input type="checkbox"/> Arteriellles Ereignis | Zeitpunkt: _____ |
| <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Apoplex <input type="checkbox"/> PAVK | |

Sonstiges: _____

Medikation

| Aktuelle Antikoagulation | Letzte Gabe vor Blutentnahme in h | Dosis |
|---|-----------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa®) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto®) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Apixaban (Eliquis®) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Edoxaban (Lixiana®) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vitamin-K-Antagonisten (z. B. Marcumar®, Falithrom®) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Niedermolekulares Heparin | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fondaparinux (Arixtra®) | _____ | _____ |

Aktuelle antithrombozytäre Medikation

Acetylsalicylsäure Andere: _____

Andere Medikation:

Familienanamnese

Verwandte ersten Grades mit thromboembolischem Ereignis

Ein Verwandter Mehrere Verwandte

Weitere Verwandte mit thromboembolischem Ereignis

Ein Verwandter Mehrere Verwandte

Vorbefunde aus Thrombophiliediagnostik in der Familie bekannt:

Ernährung

Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten (vegetarisch, vegan, ketogen, proteinreich, o.ä.)?

Bemerkungen
