

NAZWISKO ..... IMIĘ .....

**UWAGA:** Wszystkie informacje uzyskane od Państwa wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, dotyczą dokumentacji lekarskiej i objęte są tajemnicą zawodową.

Proszę o udzielenie szczyrych i dokładnych odpowiedzi na następujące pytania:

1 pkt.	Wiek 41 – 60 lat	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Mały zabieg chirurgiczny (trwający krócej niż 60 minut)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Duży zabieg chirurgiczny w wywiadzie (w ciągu ostatniego miesiąca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Żyłki kończyn dolnych (C3 – C6)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Choroby zapalne jelit w wywiadzie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Obrzęki kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Otyłość (BMI > 30 kg/m)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Ostry zawał mięśnia sercowego (zaostrenie w ciągu ostatniego miesiąca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Zastoinowa niewydolność serca (zaostrenie w ciągu ostatniego miesiąca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Ciężkie choroby płuc, w tym zapalenie płuc (w ciągu ostatniego miesiąca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Obciążenia internistyczne – unieruchomienie w łóżku	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Unieruchomienie kończyn dolnych w gipsie lub ortezie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Cewnik w żyłę centralnej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
1 pkt.	Przebyte zapalenie zakrzepowe żył powierzchniowych	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*1 pkt.	Wewnątrzmaciczne obumarcie płodu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*1 pkt.	Poronienie nawykowe (>3)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*1 pkt.	Przedwczesny poród z nadciśnieniem indukowanym ciążą	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*1 pkt.	Wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu płodu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem

2 pkt.	Wiek 60 – 74 lat	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2 pkt.	Zabieg artroskopowy	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2 pkt.	Chirurgia laparoskopowa (zabieg trwający dłużej niż 60 minut)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2 pkt.	Przebyta choroba nowotworowa	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2 pkt.	Duża otyłość (BMI > 40 kg/m)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2 pkt.	Trombofilia mniejszego ryzyka (heterozygotyczna postać czynnika V leiden lub mutacji genu protrombin)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2 pkt.	Wzrost aktywności czynnika VIII . 150%	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
2 pkt.	Zakrzepica żył głębokich lub zator tętnicy płucnej w wywiadzie rodzinnym	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*2 pkt.	Antykoncepcja hormonalna lub hormonalna terapia zastępcza (HTZ)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*2 pkt.	Ciąża lub połóg (do 6 tygodni)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem

*3 pkt.	Wiek powyżej 75 lat	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*3 pkt.	Duży zabieg chirurgiczny (trwający dłużej niż 3 godziny)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*3 pkt.	BMI > 50 kg	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*3 pkt.	Przebyta zakrzepica żył głębokich lub zator tętnicy płucnej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*3 pkt.	Trombofilia większego ryzyka (homozygotyczna postać czynnika V Leiden lub mutacja 20210A genu protrombiny, niedobór AT, białka C, białka S, obecność przeciwciał antyfosfolipidowych)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*3 pkt.	Trombofilia złożona (współistnienie genetyczne uwarunkowanych defektów)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
*3 pkt.	Małopłytkowość indukowana heparyną (HIT)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem

5 pkt.	Protezooplastyka dużych stawów kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5 pkt.	Złamanie biodra, miednicy lub kończyny dolnej (w ciągu ostatniego miesiąca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5 pkt.	Udar niedokrwienny mózgu (w ciągu ostatniego miesiąca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5 pkt.	Udar wielonarządowy (w ciągu ostatniego miesiąca)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5 pkt.	Zakrzepica żył głębokich lub zator z tętnicy płucnej w trakcie leczenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5 pkt.	Reoperacja	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
5 pkt.	Zabieg chirurgiczny u chorego z aktywną chorobą nowotworową	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem

Suma punktów
--------------

\* Czynniki ryzyka, które należy uwzględnić u kobiet

.....  
data i podpis pacjenta