



کانون هموفیلی ایران
Iranian Haemophilia Society

پرسشنامه برای شناسایی

زنان و دختران با اختلالات انعقادی

۱- آیا شما تا به حال بدون دلیل قبلی دچار خونریزی دماغ شدید شده اید؟

بلی خیر

۲- آیا شما تا به حال کبودی و ورم یا خونریزی های کوچک بدون ضربه روی نواحی که خم میکنید و یا نواحی دیگر داشته اید؟

بلی خیر

۳- آیا شما تا به حال خونریزی آشکار لثه داشته اید؟

بلی خیر

۴- آیا شما بیشتر از یک یا دوبار در هفته کبودی ناشی از خونریزی روی بدن خود مشاهده کرده اید؟

بلی خیر

۵- آیا شما در زمان بریدگی های کوچک مثل بریدگی با تیغ خونریزی بیشتر از حد عادی در مقایسه با اطرافیان دارید؟

بلی خیر

۶- آیا شما خونریزی طولانی و یا شدید در زمان جراحی و یا بعد از جراحی داشته اید؟ (مثل عمل لوزه آپاندیس و یا در زمان زایمان)

بلی خیر

۷- آیا شما خونریزی طولانی و یا شدید در زمان کشیدن دندان داشته اید؟

بلی خیر

۸- آیا شما تا به حال خون و یا محصولات خونی در طول یک عمل جراحی دریافت کرده اید؟

بلی خیر

۹- آیا شما یک اختلال خونریزی دهنده در خانواده دارید

بلی خیر

۱۰- آیا شما داروی خواب آور یا داروهایی برای بیماری روماتیسم مصرف میکنید؟

بلی خیر

۱۱- آیا شما داروهای دیگر مصرف میکنید؟

بلی خیر

۱۲- آیا عادت ماهانه شما بیشتر از ۷ روز طول می کشد و یا مجبورید نوار بهداشتی خود را مکرر عوض کنید؟

بلی خیر

آیا به ۴ مورد و یا بیشتر جواب ثبت داده شود شما ممکن است یک مشکل انعقادی داشته باشید.

جهت پیگیری و انجام آزمایش های مربوطه می توانید به مرکز درمان جامع هموفیلی ایران واقع تقاطع خیابان های فلسطین و زرتشت مراجعه فرمائید.

تلفن تماس : ۸۸۹۸۷۴۲ الی ۴ و ۸۸۹۱۰۰۰۱ الی ۴

روزهای زوج : جناب آقای دکتر محمدرضا بقایی پور

روزهای فرد : سرکار خانم دکتر فشندکی