



INFORMACE K VYŠETŘENÍ PRO PODEZŘENÍ NA PERIODICKOU HOREČKU

Vyšetření dítěte s recidivujícími horečkami pozůstává z přehodnocení celkového zdravotního stavu dítěte, dosavadního průběhu horeček a provedených vyšetření. První vyšetření je časově náročné. V zájmu minimalizace zátěže dítěte dlouho trvajícím pohovorem **prosíme o důsledné vyplnění a zaslání následujícího dotazníku** emailem na adresu pavla.dolezalova@vfn.cz a melania.saifridova@vfn.cz, případně faxem nebo poštou na výše uvedenou adresu na jméno prof. MUDr. P. Doležalové. **Tento dotazník a růstová křivka dítěte je pro vyšetření v ambulanci periodických horeček nezbytně nutný, bez jeho vyplnění nebude dítě v naší ambulanci možné vyšetřit.** Tímto způsobem nám pomůžete předem se na naše první setkání připravit a zkrátit čas strávený v naší ambulanci.

K vyšetření v ambulanci pro periodické horečky se můžete objednat na telefonních číslech uvedených v hlavičce, a to denně mezi 7:30-8:30 h. Pokud vám nabídnutý termín bude připadat příliš vzdálený, nabízíme vám možnost vyšetření vašeho dítěte při krátké (2 - 4denní) hospitalizaci u nás (ev. s doprovodem) v době typické ataky horečky. Podmínkou pro naplánování hospitalizace stejně jako pro objednání ambulantiho vyšetření je poskytnutí níže uvedených informací a vyplněného dotazníku + růstové křivky.

K prvnímu vyšetření u nás kromě vyplněného dotazníku prosím přineste s sebou:

- **tabulku horeček** (příložená). Do tabulky prosím zaznamenejte pouze zvýšené hodnoty teploty, pro každý den jednu (nejvyšší) naměřenou hodnotu. Dále prosím zaznamenejte přidružené projevy (angína, kašel atp.), podanou léčbu (antibiotika, prednison) a případná vyšetření (výtěř z krku, CRP apod.). Do tabulky je nutné zaznamenat i jiné potíže vašeho dítěte např. běžné infekce nebo souběžné infekce rodiny,
- **očkovací kalendář tj. zdravotní průkaz dítěte,**
- **růstovou křivku** (vyžádejte prosím od praktického pediatra vašeho dítěte),
- **všechny lékařské zprávy ev. výpis zdravotní dokumentace** (vyžádané od pediatra) z předchozích vyšetření a laboratorní výsledky.

POZOR! V případě, že při domluvené kontrole nebudete s sebou mít jeden či více shora uvedených dokumentů, je možné, že vzhledem k časové a diagnostické náročnosti vyšetření nebude vyšetření provedeno a bude Vám nabídnut nejbližší možný další termín až do doby, kdy si potřebné záležitosti vyřídíte.

Počítejte prosím s tím, že součástí vyšetřovacího postupu jsou **odběry krve a moči**, které je vhodné mít vyšetřeny jednou v době typické ataky horeček a jednou v době mezi atakami, kdy je dítě zcela zdrávo, a je alespoň 14 (lépe 21) dnů od poslední horečky či známek infekce. Pokud vaše dítě mělo již dříve provedeny odběry krve, ošetřující lékař zváží nutnost provést vyšetření u nás. Rozhodnutí bude záležet na typu dříve provedených vyšetření a na jejich výsledcích.

Součástí vyšetření na přítomnost vzácných horečnatých onemocnění (HIDS, viz informační leták) je speciální metabolické **vyšetření moči**. Doporučujeme shromáždit alespoň 3 porce moči v intervalu 6 - 12 hodin z 1. - 2. dne typické ataky horečky, smíchat je dohromady v jedné nádobě (např. PET lahvi), kterou po dobu sbírání vzorků uchovávejte v lednici. Všechnu moč můžete následující den přinést do naší ambulance, případně z ní odlít vzorek do menší nádoby, tu označit datem a časem sběru a celkovým množstvím moči, uložit do mrazáku a přinést k nám při nejbližší vhodné příležitosti. Sestrám laskavě oznamte, že se jedná o sběr moči na odpad mevalonátu.



INFORMACE K VYŠETŘENÍ PRO PODEZŘENÍ NA PERIODICKOU HOREČKU

Dotazník pro rodiče a ošetřujícího pediatra

Prosíme, doplňte údaje nebo křížky do čtverečků.

Jméno dítěte: Rodné číslo: Pojišťovna:

Bydliště: Telefon:

Vyplnil: Datum vyplnění:

PLDD/ošetřující lékař: MUDr. Telefon:

Perinatální anamnéza:

Těhotenství: 1. 2. 3. 4. Průběh: fyziologický rizikový

Porod: 1. 2. 3. 4. V termínu: ne ano

záhlavím císařský řez Komplikace po porodu: ne ano

Porodní délka: cm Hmotnost: g Žloutenka s fototerapií
po porodu: ne ano

Profylaktická data:

V 1. roce věku prospíval/a dobře? ano ne

Psychomotorický vývoj (chůze, jemná motorika, řeč apod.)

v normě opožděn/a

Očkování: dle doporučení navíc

chybí

Reakce po očkování: ne ano

Růst (výška/váha) včetně data měření + růstová křivka

3. měs. 3 r.

6. měs. 4 r.

1 rok 5 let

Jaké?



INFORMACE K VYŠETŘENÍ PRO PODEZŘENÍ NA PERIODICKOU HOREČKU

Epidemiologická anamnéza:

Kontakt se zvířaty: *ne* *ano* *jakými:*

Zahraniční cesty: *ne* *ano* *kam a kdy:*

Onemocnění pro které je dítě sledováno (včetně alergií, očních vad, poruch sluchu, šelestů apod.)

.....

.....

Rodina: **původem:** *z Čech/ze Slovenska* *odjinud*

příbuzenský vztah mezi rodiči *ne* *ano*

	OTEC	Otcův otec	Otcova matka	MATKA	Matčin otec	Matčina matka
Ročník						
Povolání						
Opakované horečky v dětství	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>
	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>
Tonzilektomie	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>
	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>
Onemocnění ledvin/dialýza	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>	<i>ano</i> <input type="checkbox"/>
	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>	<i>ne</i> <input type="checkbox"/>
Jiné nemoci						



INFORMACE K VYŠETŘENÍ PRO PODEZŘENÍ NA PERIODICKOU HOREČKU

Sourozenci

	Jméno	Rok narození	Často nemocný/á	Opakované angíny	Opakované horečky	Opakované hor. od věku
1.						
2.						
3.						

Nemocnost dítěte:

První horečnaté onemocnění: ve věku diagnóza:

Měl/a plané neštovice: ne ano ve věku komplikované ne ano

Operace:

Frekvence všech onemocnění dohromady za rok dle věku:

Období Frekvence/rok Antibiotika/rok Nejčastější klinický obraz

1. rok: rýma kašel stř. ucho moč. infekce angina

2-5 let: rýma kašel stř. ucho moč. infekce angina

Školní věk: rýma kašel stř. ucho moč. infekce angina

Při angíně/tonzilofaryngitidě byl děláný průkaz streptokoka a jak?

Strep-test ne ano kolikrát? Výtěr krku: ne ano kolikrát?

Výsledky a data provedení:

Vyšetření moči pro podezření na močovou infekci? ne ano kolikrát?

Výsledky a data provedení:

ORL vyšetření pro podezření na zánět středního ucha? ne ano kolikrát?

Výsledky a data provedení:



INFORMACE K VYŠETŘENÍ PRO PODEZŘENÍ NA PERIODICKOU HOREČKU

Zvracení								
Průjem								
Zácpa								
Zánět spojivek **								
Jiné oční projevy **								
Bolest kloubů								
Bolest kostí								
Bolest svalů								
Otok kloubů **								
Jiné								
Jaké?								

Mají ataky vždy stejný (stereotypní) charakter? ne ano

Byly vyšetřovány zánětlivé parametry (CRP)? ne ano

Naměřené hodnoty: mg/l který den teplot? datum

..... mg/l který den teplot? datum

..... mg/l který den teplot? datum

..... mg/l který den teplot? datum

..... mg/l který den teplot? datum

Léky podávané v atace horeček:

Paracetamol (Paralen, Panadol) ne ano

Ibuprofen (Nurofen, Brufen, Ibalgin) ne ano



INFORMACE K VYŠETŘENÍ PRO PODEZŘENÍ NA PERIODICKOU HOREČKU

Kortikoidy (Prednison, Rectodelt)

ne

ano

Který den teplot:

Dávka:

Zatím kolikrát:

Popište efekt:

.....

Antibiotika:

Dostalo Vaše dítě při atakách horeček antibiotika?

ne

ano

Kolikrát a kdy?

Zvládlo někdy typickou ataku horeček bez antibiotik?

ne

ano

Kolikrát a kdy?

Jiné pravidelně užívané léky:

.....

.....

.....

Podpis vyplňujícího lékaře



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Klinika dětského a dorostového lékařství | Centrum dětské revmatologie

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

strana 9 z 9

2016

Tabulka horeček

Ke Karlovu 2, 121 09 Praha 2
 Kontakty: Tel. 224967770 (zaznamnik), 774870833 Sestry: Ošetřující lékaři: Prof. MUDr. P. Doležalová CSc, MUDr. D. Němcová, Doc. MUDr. J. Hoza CSc
 Fax: 224967804 Fyzioterapeuti: Melánia Saifřidová, Lenka Slavíková, Stanislava Šebková
 E-mail: dolezalova.pavl@vfn.cz nemcova.dana@vfn.cz Informace pro pacienty www.pediatric-rheumatology.printo.it

maximální teplota daný den
 klinické příznaky (rýma, povlaky, afty atp.), provedená vyšetření a jejich výsledky (CRP, výtěr aj.), podané léky a dávka (zejm. prednison nebo jiné kortikoidy a antibiotika)
 příklad záznamu o provedení vyšetření na alergologii - zprávu přiložte zvlášť

	Leden		Unor		Březen		Duben		Květen		Červen		Červenec		Srpen		Září		Říjen		Listopad		Prosinec	
	teplota	poznámka	teplota	poznámka	teplota	poznámka	teplota	poznámka	teplota	poznámka	teplota	poznámka	teplota	poznámka	teplota	poznámka	teplota	poznámka	teplota	poznámka	teplota	poznámka	teplota	poznámka
1																								
2	37,9																							
3																								
4									38,4	S-TEST N.														
5									37,9	CRP-90														
6									38	WTER N.														
7																								
8																								
9																								
10																							38	PREDN.
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17	38,4	rýma PREDN.	38	PREDN.					38,2															
18									37,9	VIROZA														
19									37,6	CRP-0														
20	37,2								37,2															
21	39,4																							
22	40	CRP-78 S-TEST NEG.																						
23																								
24																								
25																								
26																								
27																								
28																								
29									38,4	PREDN.														
30																								
31																								

Alergologie -
vyš + odběry

* ZAMĚT NDOCHL.
PAMTICON

* CRP-50
S-Neg.

N = negativní
P = pozitivní + druh bakterie

příklad poznámky při příliš dlouhém textu, který by se do tabulky nevešel

KONTAKT: Ke Karlovu 2, 121 09 Praha 2

Ošetřující lékaři: prof. MUDr. P. Doležalová CSc, as. MUDr. D. Němcová, doc. MUDr. J. Hoza CSc

Sestry: Melánia Saifřidová, Lenka Slavíková, Stanislava Šebková

Informace pro pacienty: www.pediatric-rheumatology.printo.it

Tel.: 224 96 7770, 774 870 833

E-mail: pavla.dolezalova@vfn.cz, dana.nemcova@vfn.cz

Fyzioterapeuti: Bc. M. Vránová

Fax: 224 96 7804