

FHkids

Screening auf familiäre Cholesterinerhöhung in Kindern



3 FRAGEN:

1) Sind bei Ihnen (leibliche Mutter oder Vater) oder nahen Verwandten (Geschwister, Großeltern, Tanten, Onkeln) erhöhte Blutfette (=Cholesterin gesamt, Triglyceride, LDL-Cholesterin) bekannt bzw. nehmen Sie blutfettsenkende Medikamente (Statine)?

Ja Nein wenn ja: Angabe zu Ihnen/Verwandten: _____

2) Wurden bei Ihnen (leibliche Mutter oder Vater) Verdickungen/ Ablagerungen (=Xanthome) vor allem im Bereich der Achillessehnen/Hände/Ellbogen/Knieen oder Augen (=Xanthelasmen) festgestellt?

Ja Nein

3) Haben Sie (leibliche Mutter oder Vater) oder nahe Verwandte (Geschwister, Großeltern, Tanten, Onkeln) einen Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem Alter von 55 Jahren gehabt?

Ja Nein wenn ja: Angabe zu Ihnen/Verwandten mit Altersangabe beim Ereignis: _____

ERGEBNIS: Ist eine Frage „ja“ oder bleibt unbeantwortet, ist eine **Messung der Blutfette bei Ihrem Kind** indiziert!

Forschungsprojekt „FHkids“

Verwendungszweck: „Innenauftrag: UE78101038 FHkids“

Konto: IBAN: AT362011140410070700, BIC: GIBAATWW

© 2018 [Susanne Greber-Platzer] Der Inhalt des Fragebogens ist urheberrechtlich geschützt.