

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY PACJENTA W OKRESIE 6 M-CY PRZED PRZYJĘCIEM DO SZPITALA

Wywiad zbiera personel oddziału lub kartę wypełnia sam pacjent

ODDZIAŁ **DATA**

1. imię i nazwisko 2. Data urodzenia

3. Czy chorował(a) Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby? NIE TAK*

Kiedy?

4. Czy był(a) Pan(i) leczony w innych placówkach służby zdrowia, również prywatnych?

Jeśli tak to gdzie? (adres) NIE TAK

5. Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy miał(a) Pan(i) kontakt z chorymi na WZW?

Gdzie? NIE TAK

6. Czy otrzymywana) Pan(i) iniekcję, kroplówki, transfuzje? NIE TAK

7. Czy miał(a) Pan(i) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne i śluzówki?

biopsje, punkcję, akupunkturę, operację, pobieranie krwi, ekstrakcje zęba, usuwanie kamienia nazębnego, plombowanie, usuwanie ciała obcego z oka, zabiegi ginekologiczne, zabieg urologiczny, zabieg endoskopowy, zabieg kosmetyczny, przekłuwanie uszu, tatuaż, golenie brzytwą

Gdzie? NIE TAK

8. Czy miał(a) Pan(i) wykonywany zabieg endoskopowy? NIE TAK

Gdzie? (adres i nazwisko lekarza)

9. Czy Pana, Pani zachowania seksualne były ryzykowne? NIE TAK

10. Czy był(a) Pan(i) szczepiona przeciwko WZW? NIE TAK

Ile razy?.....

.....
Data i podpis zbierającego /odbierającego wywiad

.....
Podpis pacjenta

*Właściwe podkreślić