

Data

**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY
w kierunku ryzyka zakażenia wirusem HBV, HCV**

(DOTYCZY OKRESU 6 MIESIĘCY PRZED PLANOWANYM PRZYJĘCIEM)

Nazwisko i imię

Nr PESEL

Adres

	Tak	Nie
1. Czy chorował(a) na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę? jeśli tak, kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy był(a) leczony(a) w innych placówkach Służby Zdrowia? w tym także gabinetach prywatnych? jeśli tak, gdzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jeśli tak, kiedy?		
3. Czy miał(a) kontakt z chorym na WZW B, WZW C? jeśli tak, gdzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy otrzymywał(a) iniekcje, kroplówki, transfuzje?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jeśli tak, gdzie?		
jeśli tak, kiedy?		
5. Czy miał(a) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne (biopsje, punkcje, akupunkturę, operacje, pobrania krwi)? jeśli tak, gdzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jeśli tak, kiedy?		
6. Czy był(a) szczepiony(a) przeciw WZW B? jeśli tak, ile razy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy miał(a) oceniany antygen HbS i przeciwciała anti-HCV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy miał(a) wykonywane badania endoskopowe? jeśli tak, gdzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jeśli tak, kiedy?		
9. Czy korzystał(a) z usług gabinetów stomatologicznych? (ekstrakcja zębów, plombę, usuwanie kamienia nazębnego) jeśli tak, gdzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jeśli tak, kiedy?		
10. Czy korzystał(a) z usług lekarzy okulistów? jeśli tak, gdzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jeśli tak, kiedy?		
11. Czy korzystał(a) z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą itp.) jeśli tak, gdzie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jeśli tak, kiedy?		

Czytelny podpis osoby zbierającej wywiad

Czytelny podpis pacjenta

*właściwe podkreślić