

Data

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY
w kierunku ryzyka zakażenia wirusem HBV, HCV
(dotyczy okresu 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala)

Nr idx
Nr księgi głównej
Nazwisko i imię
Nr PESEL

- | | 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?
jeśli tak, kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? *
jeśli tak, gdzie?
jeśli tak, kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Czy miał(a) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne
(biopsje, punkcje, akupunkturę, operacje, pobrania krwi)?
jeśli tak, gdzie?
jeśli tak, kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 anty-HCV? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Czy miał(a) wykonywane badania endoskopowe?
jeśli tak, gdzie?
jeśli tak, kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Czy korzystał (a) z usług gabinetów stomatologicznych?
(ekstrakcja zębów, wypełnienie dentystyczne, usuwanie kamienia
nazębnego)
jeśli tak, gdzie?
jeśli tak, kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Czy korzystał(a) z usług lekarzy okulistów?
jeśli tak, gdzie?
jeśli tak, kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Czy korzystał(a) z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure,
pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą itp.)
jeśli tak, gdzie?
jeśli tak, kiedy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....
(Czytelny podpis osoby zbierającej wywiad)

.....
(Czytelny podpis pacjenta)

* właściwe podkreślić