

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY PACJENTA W OKRESIE 6 M-CY

Data.....

1. Imię i nazwisko.....
2. Data urodzenia/Pesel.....
3. Czy chorował(a) Pan(ni) na wirusowe zapalenie wątroby? NIE TAK*
Kiedy?.....
4. Czy był(a) Pan(ni) leczony w innych placówkach służby zdrowia, również prywatnych? NIE TAK
Jeśli tak to gdzie?(adres).....
5. Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy miał(a) Pan(ni) kontakt z chorym na WZW ? NIE TAK
Gdzie?.....
6. Czy otrzymywał(a) Pan(ni) iniekcję , kroplówki, transfuzje? NIE TAK
Gdzie?.....
Czy miał(a) Pan(ni) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne i śluzówki ?*
NIE TAK
biopsję , punkcję , akupunkturę , operację , pobieranie krwi, ekstrakcję zęba usuwanie kamienia nazębnego , plombowanie , usuwanie ciała obcego z oka zabiegi ginekologiczne , zbiegi urologiczne , zabieg endoskopowy, zabieg kosmetyczny , przekłuwanie uszu , tatuaż , golenie brzytwą.
Gdzie?.....
8. Czy miał(a) Pan(ni) 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(ni) szczepiona przeciwko WZW ? NIE TAK
Ile razy?.....

.....
i podpis zbierającego / odbierającego wywiad *

..... data
podpis pacjenta

*właściwe podkreślić