

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

DOTYCZĄCY TYLKO 6 MIESIĘCY PRZED PRZYJĘCIEM DO SZPITALA

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

 r.

wiek

 lat

wzrost

 cm

waga

 kg

PROSZĘ O ZAZNACZENIE PRAWIDŁOWEJ ODPOWIEDZI KRZYŻYKIEM

1. Czy chorował/a Pan/i na wirusowe zapalenie wątroby?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	KIEDY?
2. Czy był/a Pan/i leczony/a w innych placówkach opieki zdrowotnej	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	KIEDY?
3. Czy w ostatnich 6-miesiącach miał/a Pan/i kontakt z chorym na WZW*?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	KIEDY? GDZIE?
4. Czy otrzymał/a Pan/i iniekcje, kroplówki, transfuzje?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	KIEDY? GDZIE?
5. Czy miał/a Pan/i wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne (biopsje, punkcje, operacje, szczepienia, pobrania krwi, akupunkturę, itp.)?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	KIEDY? GDZIE?
6. Czy miał/a Pan/i wykonywane zabiegi endoskopowe?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	KIEDY? GDZIE?
7. Czy korzystała Pani z usług gabinetów ginekologicznych (zabiegi)?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	KIEDY? GDZIE?
8. Czy korzystał/a Pan/i z usług gabinetów urologicznych (zabiegi)?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	KIEDY? GDZIE?
9. Czy korzystał/a Pan/i z usług gabinetów stomatologicznych (zabiegi)?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	KIEDY? GDZIE?
10. Czy korzystał/a Pan/i z usług gabinetów okulistycznych (zabiegi)?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	KIEDY? GDZIE?
11. Czy korzystał/a Pan/i z usług gabinetów kosmetycznych (pedicure, manicure)?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	KIEDY? GDZIE?
12. Czy był/a Pan/i szczepiony/a przeciw WZW*?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	KIEDY? GDZIE?

* WZW- wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczką pokarmowa, wszczepienna

Data i podpis pacjenta