SPECJALISTYKA, PROFESJONALIZM, BEZPIECZEŃSTWO

43-300 Bielsko-Biała, ul. Szara 5
oddział szpitalny: 33 496 33 62

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

* WZW- wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczka pokarmowa, wszczepienna

Data i podpis pacjenta _____

KARTA OCENY RYZYKA ZAKAŻENIA PRZY PRZYJĘCIU PACJENTA DO SZPITALA

Imię i nazwisko _____ wiek _____

Data przyjęcia _____ Oddział _____ Nr Ks _____

Rozpoznanie główne _____ ICD 10 _____

CZYNNIKI RYZYKA ZAKAŻENIA PRZY PRZYJĘCIU PACJENTA DO SZPITALA	TAK
Wiek > 75 lat < 2 lat/wcześniactwo < 6 m-ca życia / ciąża	☐
Przeniesienie z innego szpitala lub hospitalizacja w przeciągu ostatnich 6 miesięcy	☐
Zabiegi operacyjne / badania inwazyjne wykonane < 3 miesięcy przed hospitalizacją	☐
Nosicielstwo patogenu alarmowego (wymienić jakiego)	☐
Zaniedbania higieniczne /nietrzymanie moczu/ nietrzymanie kału	☐
Wcześniej przebyte zakażenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi	☐
Sztuczne drogi(cewnik moczowy, stomia, cewnik naczyniowy, rurka tchawicza, itp.)	☐
Uraz otwarty / Uraz wielonarządowy / ofiara przemocy fizycznej	☐
Uszkodzenia skóry / tatuaże/ rozległe blizny / kolczykowania	☐
Chory przyjęty nieprzytomny / po zachłyśnięciu / po NZK / unieruchomienie	☐
Nawrotowe procesy zapalne (np. Zapalenie przydatków, zatok, nawracające czyraki)	☐
Przewlekłe zakażenia (np. WZW, gruźlica, bolerioza, HIV, AIDS)	☐
Aktywne ostre zakażenia (np. zapalenie płuc, zakażenie inwazyjne, ZUM)	☐
Odleżyny/zmiany na skórze, (ropne, alergiczne, egzema)	☐
Antybiotykoterapia < 3 m-cy przed hospitalizacją	☐
Aktualna radioterapia / chemioterapia/sterydoterapia/inne metody immunosupresji	☐
Zaburzenia krzepnięcia krwi/przetoczenie preparatów krwiopochodnych < 6 m-cy	☐
Choroba metaboliczna (cukrzyca, otyłość, mocznica, dna, itp.)	☐
Choroba nowotworowa aktywna	☐
Zaburzenia odżywiania / niedożywienie /zaburzenia połykania	☐
Choroba autoimmunologiczna niewyrównana / alergia w okresie nasilenia objawów	☐
Alkoholizm / inne uzależnienia od substancji odurzających / leków	☐
Palenie tytoniu > 10 papierosów dziennie	☐
Choroba niedokrwienna serca niewyrównana / niewydolność krążenia	☐
Choroba niedokrwienna kończyn / zespól zatorowo - oskrzelowy	☐
Przewlekły przerost prostaty / zaburzenia odpływu moczu / nietrzymanie moczu	☐
Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) / satma / niewydolność oddechowa	☐
Zachowania ryzykowne / zaburzenia psychiczne / otępienie / splątanie	☐
RAZEM:	

Każda odpowiedź = 1 punkt

Grupy ryzyka: I - 0 punktów; II - 1-2 punkty; III - 3 punkty; IV -> pow 3 punkty

Chorego zakwalifikowano do _____ grupy ryzyka z liczbą punktów _____

Uwagi na temat procedur koniecznych wskazanych dla redukcji ryzyka _____

Data wypełnienia _____ Podpis osoby wypełniającej _____

Szpital Pod Bukami