

## WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY PACJENTA W OKRESIE 6-CIU MIESIĘCY PRZED PRZYJĘCIEM DO LECZENIA

nazwisko i imię:

data :

Lp.	Treść pytania	TAK	NIE	GDZIE	KIEDY
1	Czy chorował(a) na wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczka)				
2	Czy był(a) szczepiony(a) przeciw WZW (ile razy)				
3	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał(a) kontakt z chorym na WZW				
4	Czy był(a) leczony(a) w innych placówkach służby zdrowia, w tym także prywatnych				
5	Czy otrzymał(a) iniekcje kroplówki, transfuzje**				
6	Czy miał(a) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki: biopsje, punkcje, akupunkturę, operację, pobranie krwi**				
7	Czy miał(a) wykonywane badanie endoskopowe				
8	Czy korzystał(a) z usług stomatologicznych (ekstrakcja zębów, plomba, usuwanie kamienia nazębnego)**				
9	Czy korzystał(a) z usług gabinetów ginekologicznych (zabiegi ginekologiczne, położnicze) lub gabinetów urologicznych				
10	Czy korzystał(a) z innych usług iniekcyjnych (jakich)				
11	Czy wykonywał(a) sam sobie jakieś iniekcje (np. insulinę)				
12	Czy korzystał(a) z usług kosmetycznych, fryzjerskich (manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą, itp.)				

LEGENDA: Przy dodatkowych odpowiedziach TAK należy odpowiedzieć na dodatkowe pytania.

Podpis pacjenta:

\*\* właściwie podkreślić

Data i podpis osoby zbierającej wywiad: