

## PIELĘGNIARSKI WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY PACJENTA W OKRESIE 6- CIU M-CY PRZED ZABIEGIEM

1. Imię i nazwisko chorego.....  
Data urodzenia.....
2. Czy chorował(a) na wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczkę zakaźną)? TAK\* NIE  
Kiedy?.....
3. Czy był(a) szczepiony(a) przeciw WZW( wirusowe zapalenie wątroby) ? TAK NIE  
Kiedy?.....  
Ile razy?.....
4. Czy w ciągu ostatnich 6- ciu miesięcy miał(a) kontakt z chorym na WZW? TAK NIE  
Gdzie?.....  
Kiedy?.....
5. Czy był(a) leczony(a) w innych placówkach służby zdrowia, w tym także prywatnych? TAK\* NIE  
Gdzie?.....  
Kiedy?.....
6. Czy otrzymał(a) iniekcje, kroplówki, transfuzje\*\*? TAK NIE  
Gdzie?.....  
Kiedy?.....
7. Czy miał(a) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki:  
biopsje, punkcje, akupunkturę, operację, pobranie krwi\*\*?  
Gdzie?.....  
Kiedy?.....
8. Czy miał(a) wykonywane badanie endoskopowe? TAK NIE  
Gdzie? (adres).....  
Kiedy?.....
9. Czy korzystał(a) z usług stomatologicznych (ekstrakcja zębów, plombowanie, usuwanie kamienia nazębnego)\*\*?  
Gdzie?.....  
Kiedy?.....
10. Czy korzystał(a) z usług gabinetów ginekologicznych (zabiegi ginekologiczne, położnicze) lub gabinetów urologicznych? TAK NIE  
Gdzie?.....  
Kiedy?.....
11. Czy korzystał(a) z innych usług medycznych? TAK NIE  
Jakie?.....  
Gdzie?.....
12. Czy wykonywał(a) sam(a) sobie jakieś iniekcje (np. insulinę)? TAK NIE
13. Czy korzystał(a) z usług kosmetycznych, fryzjerskich (manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą, itp.)\*\*?  
Gdzie? (adres).....  
Kiedy?.....

Podpis pacjenta.....

LEGENDA- WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ lub zakreślić

\* PRZY ODPOWIEDZIACH TAK NALEŻY ODPOWIEDZIEĆ NA DODATKOWE PYTANIA