GRUPA NOWY SZPITAL

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY PACJENTA W OKRESIE 6 M-CY PRZED PRZYJĘCIEM DO SZPITALA

Wywiad zbiera personel oddziału lub kartę wypełnia sam pacjent

ODDZIAŁ ..... **DATA** .....

1. **Imię i nazwisko** .....
2. **Data urodzenia** .....
3. **Czy chorował(a) Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby?** **NIE TAK***

   Kiedy? .....
4. **Czy był(a) Pan(i) 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(i) kontakt z chorymi na WZW?** **NIE TAK***

   Gdzie? .....
6. **Czy otrzymywał(a) Pan(i) iniekcje, kroplówki, transfuzję?** **NIE TAK***
7. **Czy miał(a) Pan(i) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne i śluzówki?** **NIE TAK***

   biopsje, punkcję, akupunkturę, operację, pobieranie krwi, ekstrakcję zęba, usuwanie kamienia nazębnego, plombowanie, usuwanie ciała obcego z oka, zabiegi ginekologiczne, zabieg urologiczny, zabieg endoskopowy, zabieg kosmetyczny, przekłuwanie uszu, tatuaż, golenie brzytwą

   Gdzie? .....
8. **Czy miał(a) Pan(i) 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(i) szczepiona przeciwko WZW?** **NIE TAK***

    Ile razy? .....

....

Data i podpis zbierającego / odbierającego wywiad **Podpis pacjenta**

**** WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ***