

**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY  
W KIERUNKU RYZYKA ZAKAŻENIA WIRUSEM HBV, HCV**

Imię i nazwisko Pacjenta .....

Imię i nazwisko Przedstawiciela ustawowego\* .....

PESEL/Data urodzenia Pacjenta\* .....

WYWIAD dotyczy okresu **6 miesięcy** przed przyjęciem do szpitala.

	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
1. Czy chorował/a Pan/Pani/Dziecko* na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę? Jeśli tak, kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy był/a Pan/Pani/Dziecko* leczony/a w innych placówkach Ochrony Zdrowia, w tym także gabinetach prywatnych? Jeśli tak, gdzie i kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy miał/a Pan/Pani/Dziecko* kontakt z chorym na WZW B, WZW C? Jeśli tak, gdzie i kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy otrzymywał/a Pan/Pani/Dziecko* iniekcje, kroplówki, transfuzje*? Jeśli tak, gdzie i kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy miał/a Pan/Pani/Dziecko* wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne (biopsje, punkcje, akupunkturę, operacje, pobranie krwi)*? Jeśli tak, gdzie i kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy był/a Pan/Pani/Dziecko* szczepiony/a kiedykolwiek przeciw WZW-B? Jeśli tak, ile razy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy miał/a Pan/Pani/Dziecko* wykonywane badania endoskopowe? Jeśli tak, gdzie i kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy korzystał/a Pan/Pani/Dziecko* z usług gabinetów stomatologicznych (ekstrakcja zębów, plomby, usuwanie kamienia nazębnego)*? Jeśli tak, gdzie i kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy korzystał/a Pan/Pani/Dziecko* z usług lekarzy okulistów? Jeśli tak, gdzie i kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czy korzystał/a Pan/Pani/Dziecko* z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatauaż, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą itp.)*? Jeśli tak, gdzie i kiedy? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
podpis osoby zbierającej wywiad

.....  
data

.....  
podpis Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego\*

\* niepotrzebne skreślić

IV 1/1