

## WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

### Obejmujący 12 miesięcy przed przyjęciem do szpitala

*Wszelkie informacje podawane przez Pacjenta są objęte tajemnicą zawodową i służą wyłącznie do celów hospitalizacji i leczenia*

1	IMIĘ I NAZWISKO		
2	Czy chorował(a) Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby?(żółtaczkę zakaźną)	T <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
		Data: .....	
3	Pobyty w placówkach służby zdrowia (także prywatnych) w ciągu ostatniego roku:	T <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
3a	nazwa placówki:		Data pobytu .....
3b	nazwa placówki:		Data pobytu .....
3c	nazwa placówki:		Data pobytu .....
4	Zabiegi medyczne wykonywane ambulatoryjnie i/lub w trakcie poprzednich hospitalizacji w ciągu ostatniego roku		
4a	Iniekcje, kroplówki:	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
4b	Transfuzje krwi i preparatów krwiopochodnych:	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
4c	Biopsja, punkcja, akupunktura, szczepienia, pobieranie krwi itp..	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
5	Badania endoskopowe w ciągu ostatniego roku - proszę podać rodzaj badania:	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
6	Zabiegi stomatologiczne w ciągu ostatniego roku:	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
7	Zabiegi okulistyczne (w tym usuwanie ciał obcych z oka itp..) w ciągu ostatniego roku	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
8	Zabiegi operacyjne (ginekologiczne, chirurgiczne, urologiczne, inne) w ciągu ostatniego roku:	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki

9	Inne zabiegi (np. manicure, pedicure, przekłuwanie uszu, tatuaż, golenie brzytwą itp..) w ciągu ostatniego roku	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
10	Kontakt z chorym na WZW w ciągu ostatniego roku (żółtaczkę zakaźną)	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
11	Kontakt z zakażonym MRSA w ciągu ostatniego roku	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
12	Przebyte zakażenia MRSA w ciągu ostatniego roku:	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
13	Czy chorał(a) Pan(i) kiedykolwiek na gruźlicę?	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
14	Czy w ciągu ostatniego roku miał(a) Pan(i) kontakt z chorym na gruźlicę?	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
15	Czy w ciągu ostatniego roku miał(a) Pan(i) kontakt z nosicielem wirusa HIV?	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
16	Czy w ciągu ostatniego roku miał(a) Pan(i) kontakt z nosicielem kiły?	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
17	Widoczne zmiany na skórze	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
18	Posiewy mikrobiologiczne przy przyjęciu	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
19	Szczepienia przeciw WZW(żółtaczkę zakaźnej)	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Data, nazwa placówki
<p>.....</p> <p>Podpis pielęgniarki zbierającej wywiad</p>			<p>Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są <b>zgodne z prawdą</b></p> <p>.....</p> <p>Podpis Pacjenta</p>