

**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY**  
**ZA OKRES 6- CIU MIESIĘCY PRZED PRZYJĘCIEM DO SZPITALA**

Oddział.....Data.....Nr historii choroby.....

Imię i nazwisko.....data urodzenia

1. Tryb przyjęcia: nagły  planowany  przeniesiony z innego oddziału

2. Czy chorował(a) Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby (typu A, B, C)\*\* taknie

3. Czy był(a) Pan(i) szczepiony(a) przeciw WZW typu B? taknie

Ile dawek?.....(1,2,3)\*\*

4. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał(a) Pan(i) kontakt z chorym na WZW typ A,B,C? taknie

5. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy Pan(i) był(a) leczony(a) w innych placówkach służby zdrowia, w tym także w gabinetach prywatnych? taknie

Gdzie?(adres).....

6. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał(a) Pan(i) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki (iniekcje, operacje, biopsje, punkcje, pobieranie krwi, akupunkturę, transfuzje, kroplówki, zabiegi stomatologiczne, szczepienia itp.)\*\* taknie

Gdzie?.....Jakie?.....

7. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał(a) Pan(i) wykonywane badania endoskopowe (gastroskopia, rektoskopia, cystoskopia, bronchoskopia itp.)\*\* taknie

Gdzie? (adres).....

8. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy Pan(i) korzystał(a) z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu itp.)\*\* taknie

Gdzie? adres).....

9. Czy na podstawie objawów klinicznych stwierdza się infekcję? taknie

10. Pacjent odmawia udzielenia informacji? taknie

11. Zebranie wywiadu jest niemożliwe ze względu na stan pacjenta? taknie

Data i podpis osoby  
weryfikującej (lekarza)

Data i podpis pacjenta

\*\*właściwe podkreślić

- wstawić X