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

Oddział.....Data.....Nr ks.gł.….....

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 B, C)** tak nie

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

Ile dawek?

4. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał(a) Pan(i) kontakt z chorym na WZW? tak nie

5. Czy był(a) Pan(i) leczony(a) w innych placówkach służby zdrowia, w tym także w gabinetach prywatnych? tak nie

Gdzie?(adres).....

6. Czy otrzymywał(a) Pan(i) iniekcje, kroplówki, transfuzje, szczepienia, inne** tak nie

Gdzie?.....

7. Czy miał(a) Pan(i) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki (biopsje, punkcje, pobieranie krwi, akupunkturę)** tak nie

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

8. Czy miał(a) Pan(i) wykonywane badania endoskopowe (gastroskopia, rektoskopia, cystoskopia, bronchoskopia itp.)** tak nie

Gdzie? (adres).....

9. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług gabinetów stomatologicznych (ekstrakcja zęba, plomba, usuwanie kamienia nazębnego)**? tak nie

Gdzie? (adres i nazwisko stomatologa).....

10. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług lek. okulisty-usuwanie ciała obcego z oka? tak nie

Gdzie? (adres i nazwisko lekarza).....

11. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług gabinetów urologicznych/ ginekologicznych (badanie ginekologiczne, położnicze, cystoskopia, itp.)** tak nie

Gdzie? (adres i nazwisko lekarza).....

12. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą itp.)** tak nie

Gdzie? adres).....

13. Czy na podstawie objawów klinicznych stwierdza się infekcję?..... tak nie

14. Pacjent odmawia udzielenia informacji?..... tak nie

15. Zebranie wywiadu jest niemożliwe ze względu na stan pacjenta? tak nie

Uwaga

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w zakresie koniecznym do proponowanego leczenia i diagnozowania

……

Data i czytelny podpis pacjenta

……

Data i podpis lekarza weryfikującego

** właściwe podkreślić

wstawić X

Kopiowanie, rozpowszechnianie i udostępnianie treści dokumentu tylko za zgodą Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością. Nadzór nad zgodnością z wymaganiami Normy PN EN ISO 9001:2015 i aktualizacją dokumentu sprawuje Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością