
Pieczęć Świadczeniodawcy

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

(Dotyczy przeszłości pacjenta w okresie ostatnich 6 miesięcy przed przyjęciem do Szpitala)

Nazwisko i imię Data urodzenia

Wiek Wzrost Waga

- | | | | |
|--|-----|-------------|-------------------------|
| 1. Czy chorował/a Pan/i na wirusowe zapalenie wątroby? | TAK | NIE | KIEDY |
| 2. Czy chorowała Pan/i na inne choroby zakaźne? | TAK | NIE | JAKIE |
| 3. Miał/a Pan/i kontakt z chorym na wirusowe zapalenie wątroby? | TAK | NIE | |
| 4. Czy wykonano u pacjenta/ki szczepienie przeciw WZW typ B? | | | |
| - szczepienie zakończone | TAK | NIE | |
| - szczepienie w trakcie | TAK | NIE | |
| - nie byłem/am szczepiony/a | TAK | NIE | |
| 5. Ostatnia hospitalizacja..... | | GDZIE | KIEDY |
| -6. Czy wykonano zabiegi operacyjne | TAK | NIE | |
| 7. Czy pacjentka korzystała/a z usług gabinetów: stomatologicznego, okulistycznego, ginekologicznego, urologicznego, pogotowia ratunkowego, poradni? | TAK | NIE | KIEDY |
| 8. Czy podczas wykonywania w/w usług doszło do przerwania ciągłości tkanek? | TAK | NIE | |
| 9. Czy pacjentka miała/a zakładane kolczyki? | TAK | NIE | |
| 10. Czy pacjentka miała/a wykonywany tatuaz, akupunkturę? | TAK | NIE | |
| 11. Czy pacjentka miała wykonywane następujące badania diagnostyczne: | | | |
| - pobieranie krwi | TAK | NIE | |
| - wzornikowanie/endoskopia, cystoskopia, bronchoskopia | TAK | NIE | |
| - testy alergiczne | TAK | NIE | |
| - punkcje, biopsje | TAK | NIE | |
| 12. Czy pacjentka miała/a wykonywane iniekcje dożylna, domięśniowe, podskórne? | TAK | NIE | |
| 13. Czy pacjent przyjmował narkotyki drogą pozajelitową? | TAK | NIE | |
| 14. Czy pacjentka był/a leczany/a antybiotykami? | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 15. Czy u pacjenta/ki wykonano transfuzję krwi? | TAK | NIE | GDZIE KIEDY |

Podpis i pieczęć lekarza zbierającego
wywiad

Podpis pacjenta/pacjentki