

Nazwisko i imię pacjenta:  
PESEL:  
Numer karty pacjenta (MRN):

Data:

Pieczęć podmiotu

**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY PACJENTA W OKRESIE  
6 MIESIĘCY PRZED PRZYJĘCIEM NA ZABIEG OPERACYJNY**

- |            |  |            |            |
|------------|--|------------|------------|
| <b>1.</b>  | Czy chorował(a) Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę?<br>Kiedy? .....   | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| <b>2.</b>  | Czy był(a) Pan(i) leczony w innych placówkach służby zdrowia w tym także w gabinetach prywatnych<br>Gdzie? (adres) .....   | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| <b>3.</b>  | Czy w ciągu 6 miesięcy miał(a) Pan(i) kontakt z chorymi na WZW (wirusowe zapalenie wątroby)?<br>Gdzie? .....   | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| <b>4.</b>  | Czy otrzymał(a) pan(i) iniekcję, kroplówkę, transfuzję?<br>Gdzie? .....  | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| <b>5.</b>  | Czy miał(a) Pan(i) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki (biopsje, akupunkturę, operacje, pobrania krwi)?<br>Jakie? .....<br>Gdzie? ..... | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| <b>6.</b>  | Czy był(a) Pan(i) szczepiona przeciw WZW?<br>Ile razy? .....   | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| <b>7.</b>  | Czy miał(a) Pan(i) wykonywane badanie endoskopowe?<br>Gdzie? (adres) .....   | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| <b>8.</b>  | Czy korzystał Pan(i) z usług gabinetów stomatologicznych (ekstrakcja zębów, plomba, usuwanie kamienia nazębnego) ?<br>Gdzie? (adres, nazwisko lekarza) .....             | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| <b>9.</b>  | Czy korzystał Pan(i) z usług lekarzy okulistów (usuwanie ciał obcych z oka itp.)<br>Gdzie? (adres i nazwisko lekarza) .....  | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| <b>10.</b> | Czy korzystał(a) Pan(i) z usług gabinetów ginekologicznych (zabiegi ginekologiczne, położnicze) lub gabinetów urologicznych?<br>Gdzie? (adres, nazwisko lekarza) .....   | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| <b>11.</b> | Czy korzystał(a) Pan(i) z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatuaże, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą itp.)?<br>Gdzie? (adres) .....              | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |

*Przy udzieleniu odpowiedzi TAK na zadane pytanie, proszę o uzupełnienie informacji szczegółowej np. kiedy chorował(a) Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę*

\_\_\_\_\_  
Miejscowość i data

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta