

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY (1 z 2)

Imię	PESEL	
Nazwisko	Nr Historii Choroby	KOD KRESKOWY

OBEJMUJĄCY OKRES 12 MIESIĘCY PRZED PRZYJĘCIEM DO SZPITALA
*Wszelkie informacje podawane przez pacjenta są objęte tajemnicą zawodową i służą **wyłącznie** do celów hospitalizacji i leczenia*

1.	Czy chorował (a) Pan (i) kiedykolwiek na wirusowe zapalenie wątroby?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
		Data.....	Data.....
2.	Pobyty w placówkach Służby zdrowia (także prywatnych) w ciągu ostatniego roku:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
		Data.....	Data.....
2A.	Nazwa placówki	Czas pobytu	Data pobytu
2B.	Nazwa placówki	Czas pobytu	Data pobytu
2C.	Nazwa placówki	Czas pobytu	Data pobytu
3.	Zabiegi medyczne wykonywane ambulatoryjnie i /lub w trakcie poprzednich hospitalizacji w ciągu ostatniego roku:		
3A.	Iniekcje, kroplówki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Data, nazwa placówki
3B.	Transfuzje krwi i preparatów krwiopochodnych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Data, nazwa placówki
3C.	Biopsja, punkcja, akupunktura, szczepienia, pobieranie krwi itp.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Data, nazwa placówki
4.	Badania endoskopowe w ciągu ostatniego roku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Data, nazwa placówki
5.	Zabiegi stomatologiczne w ciągu ostatniego roku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Data, nazwa placówki
6.	Zabiegi okulistyczne (w tym usuwanie ciał obcych z oka itp.) w ciągu ostatniego roku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Data, nazwa placówki
7.	Zabiegi operacyjne (ginekologiczne, chirurgiczne, urologiczne, inne) w ciągu ostatniego roku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Data, nazwa placówki
8.	Inne zabiegi (manicure, pedicure,przekłuwanie uszu,tatuaż, golenie brzytwą, makijaż permanentny itp.) w ciągu ostatniego roku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Data, nazwa placówki

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY (2 z 2)

Imię	PESEL	KOD KRESKOWY
Nazwisko	Nr Historii Choroby	

9.	Czy chorował (a) Pan(i) kiedykolwiek na gruźlicę	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Data, nazwa placówki
10.	Czy w ciągu ostatniego roku miał(a) Pan(i) kontakt z chorym na gruźlicę	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Data, miejsce kontaktu
11.	Czy jest Pan(i) nosicielem wirusa HIV?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Data, miejsce kontaktu
12.	Widoczne zmiany na skórze	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Lokalizacja: Stosowane leczenie:
13.	Szczepienie przeciw WZW	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Data

***OŚWIADCZAM, ŻE PODANE PRZEZE MNIE
INFORMACJE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ***

Data, podpis i pieczęćka pielęgniarki zbierającej wywiad

Podpis pacjenta