

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

.....  
Oddział

.....  
Data

1) Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a przeciwko WZW? Tak / Nie

Jeśli tak, ile razy, kiedy? .....

2) Czy chorował/a Pan/Pani na wirusowe zapalenie wątroby? Tak / Nie

Jeśli tak, kiedy? .....

3) Czy miał/a Pan/Pani kontakt z chorym na WZW w ciągu ostatnich 12 m-cy? Tak / Nie

Jeśli tak, gdzie? .....

4) Czy był/a Pan/Pani leczony/a w innych placówkach służby zdrowia w ciągu ostatniego roku? Tak / Nie

Jeśli tak, gdzie i kiedy? .....

5) Czy miał/a Pan/Pani kontakt z opieką medyczną w krajach Indie, Pakistan, Północna Afryka? Tak / Nie

Jeśli tak, gdzie i kiedy?.....

6) Czy był Pan/Pani w ciągu ostatniego roku w placówce opieki długoterminowej? Tak / Nie

Jeśli tak, gdzie i kiedy.....

7) Czy otrzymywał/a Pan/Pani iniekcje, kroplówki, transfuzje? Tak / Nie

Jeśli tak, gdzie? .....

8) Czy miał/a Pan/Pani wykonywany zabieg endoskopowy? Tak / Nie

Jeśli tak, jaki, gdzie? .....

9) Czy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne/śluzówki?\* Tak / Nie

biopsję, punkcję, akupunkturę, operację, pobieranie krwi, ekstrakcję zęba,  
usuwanie kamienia naczyniowego, plombowanie, usuwanie ciała obcego z oka,  
zabiegi ginekologiczne, zabiegi urologiczne, zabieg kosmetyczny, przekłuwanie uszu,  
tatuaż, golenie brzytwą.

Jeśli tak, gdzie? .....

10) Czy był lub jest Pan/Pani nosicielem NDM/KPC/OXA-48? Tak / Nie

Jeśli tak, kiedy rozpoznano nosicielstwo? .....

11) Czy wystąpiło u Pana/Pani wcześniejsze zakażenie NDM/ KPC/OXA-48? Tak / Nie

Jeśli tak, kiedy? .....

.....  
czytelny podpis pacjenta  
lub jego przedstawiciela ustawowego

.....  
podpis i pieczęć osoby zbierającej  
wywiad

\* właściwe podkreślić

Dotyczy pacjentów bez aktualnego szczepienia przeciwko WZW:

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu pomimo braku szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby.

W przypadku stwierdzenia u mnie wirusowego zapalenia wątroby nie będę rościć pretensji do ALDEMED CENTRUM MEDYCZNE

.....  
czytelny podpis pacjenta  
lub jego przedstawiciela ustawowego

.....  
podpis i pieczęć osoby zbierającej  
wywiad