

**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY PACJENTA**  
w okresie 6 m-cy przed planowanym zabiegiem

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PESEL

- 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 6 m-cy? Tak / Nie  
Jeśli tak, gdzie? .....
- 4) Czy był/a Pan/Pani leczony/a w innych placówkach służby zdrowia? Tak / Nie  
Jeśli tak, gdzie? .....
- 5) Czy otrzymywał/a Pan/Pani iniekcje, kroplówki, transfuzje? Tak / Nie  
Jeśli tak, gdzie? .....
- 6) Czy miał/a Pan/Pani wykonywany zabieg endoskopowy? Tak / Nie  
Jeśli tak, jaki, gdzie? .....
- 7) 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? .....

**Oświadczam, że nie zatailem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.**

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

.....  
data i podpis i pieczęć osoby zbierającej  
wywiad

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.

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

.....  
data i podpis i pieczęć osoby zbierającej  
wywiad

\* właściwe podkreślić