

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY PACJENTA
w okresie 6 m-cy przed przyjęciem do szpitala

.....
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 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?

.....
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 rościł pretensji do ALDEMED.

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

.....
podpis i pieczęć osoby zbierającej
wywiad