

**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY PACJENTA  
W OKRESIE 6 M-CY PRZED PRZYJĘCIEM DO SZPITALA**

Wywiad zbiera personel oddziału lub kartę wypełnia sam pacjent

**ODDZIAŁ .....** **DATA .....**

1. Imię i nazwisko ..... 2. Data urodzenia .....

3. Czy chorował(a) Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby? NIE TAK\*

Kiedy? .....

4. Czy był(a) Pan(i) leczony w innych placówkach służby zdrowia, również prywatnych?

Jeśli tak to gdzie ? (adres) ..... NIE TAK\*

5. Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy miał(a) Pan(i) kontakt z chorymi na WZW?

Gdzie? ..... NIE TAK\*

6. Czy otrzymywał(a) Pan(i) iniekcję, kroplówki, transfuzję? NIE TAK\*

7. Czy miał(a) Pan(i) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne i śluzówki?

biopsje, punkcję, akupunkturę, operację, pobieranie krwi, ekstrakcje zęba, usuwanie kamienia nazębnego, plombowanie, usuwanie ciała obcego z oka, zabiegi ginekologiczne, zabieg urologiczny, zabieg endoskopowy, zabieg kosmetyczny, przekłuwanie uszu, tatuaż, golenie brzytwą

Gdzie?..... NIE TAK\*

8. Czy miał(a) Pan(i) wykonywany zabieg endoskopowy? NIE TAK\*

Gdzie? (adres i nazwisko lekarza) .....

9. Czy Pana, Pani zachowania seksualne były ryzykowne? NIE TAK\*

10. Czy był(a) Pan(i) szczepiona przeciwko WZW? NIE TAK\*

Ile razy? .....

.....  
Data i podpis zbierającego / odbierającego wywiad

.....  
Podpis pacjenta

\* WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ