

**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY PACJENTA W OKRESIE 6-CIU M-CY PRZED BADANIEM
ENDOSKOPOWYM**

Imię i nazwisko..... PESEL.....

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Czy Pan(i) chorował(a) na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę?
Kiedy?..... | TAK | NIE |
| 2. Czy Pan(i) miał(a) oznaczony antygen HBs?
Kiedy?..... | TAK | NIE |
| 3. Czy Pan(i) był(a) leczony w innych placówkach służby zdrowia, w tym także w gabinetach prywatnych?
Gdzie?(adres)..... | TAK | NIE |
| 4. Czy miał(a) Pan(i) kontakt z chorym na WZW (wirusowe zapalenie wątroby)?
Gdzie?..... | TAK | NIE |
| 5. Czy otrzymywał Pan(i) iniekcje, kroplówki, transfuzje?
Gdzie?..... | TAK | NIE |
| 6. Czy Pan(i) miał(a) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki (biopsje, punkcje, akupunkturę, operacje, pobieranie krwi)
Jakie?.....
Gdzie?..... | TAK | NIE |
| 7. Czy był(a) Pan(i) szczepiona w całym życiu przeciw WZWB (wirusowemu zapaleniu wątroby typu B)?
Ile razy?..... | TAK | NIE |
| 8. Czy Pan(i) miał(a) wykonane badanie endoskopowe?
Gdzie? (adres)..... | TAK | NIE |
| 9. Czy Pan(i) korzystał(a) z usług gabinetów stomatologicznych (ekstrakcja zębów, plombacja, usuwanie kamienia nazębnego)?
Gdzie? (adres, nazwisko lekarza)..... | TAK | NIE |
| 10. Czy Pan(i) korzystał z usług lekarzy okulistów (usuwanie ciała obcego z oka)?
Gdzie?(adres)..... | TAK | NIE |
| 11. Czy Pan(i) korzystał(a) z gabinetów ginekologicznych (zabiegi ginekologiczne, położnicze) lub gabinetów urologicznych?
Gdzie? (adres, nazwisko lekarza)..... | TAK | NIE |
| 12. Czy Pan(i) korzystał(a) z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą)?
Gdzie? (adres)..... | TAK | NIE |

.....
Data i podpis osoby zbierającej wywiad

.....
Data i podpis pacjenta