

### WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....DATA URODZENIA.....

Szczepienie przeciw WZW B                      tak    ( ilość serii, data ) .....nie

Inne szczepienia ochronne .....

Przebyte wirusowe zapalenie wątroby           tak    ( data ) .....nie

Kontakt z chorym na WZW                      tak    ( data ) .....nie

Ostatni pobyt w szpitalu ( data ) .....jaki szpital?.....

Przebyte operacje                                      tak    ( data ) .....nie

Operacja dotyczyła ( narząd operowany ).....

Badania bakteriologiczne    tak    ( data, nazwa materiału badanego, wynik ) .....nie

*Inne czynniki ryzyka zakażenia ( zabiegi przebyte w okresie ostatnich 6 m-cy ):*

Iniekcje, preparaty krwi, dializy                tak    ( data ) .....nie

Badania endoskopowe                              tak    ( data ) .....nie

Punkcje, biopsje                                    tak    ( data ) .....nie

Zabiegi stomatologiczne                        tak    ( data ) .....nie

Zabiegi okulistyczne                            tak    ( data ) .....nie

Zabiegi ginekologiczne, urologiczne        tak    ( data ) .....nie

Inne zabiegi medyczne ( naruszające powłoki skórne ) .....

Usługi kosmetyczne lub inne ( naruszające powłoki skórne ) .....

.....  
 podpis osoby zbierającej wywiad

.....  
 data i podpis pacjenta

Odmawiam udzielenia informacji .....

data i podpis pacjenta