



Tytuł:

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY - Pracownia endoskopii

1.	Imię i nazwisko:					
	Pesel:					
2.	Czy chorował Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C ?*					
	Nie	Tak				
	Kiedy?					
3.	Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy był Pan(i) leczony w innych placówkach służby zdrowia w tym także w gabinetach prywatnych?*					
	Nie	Tak				
	Kiedy?					
5.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy otrzymał Pan(i) iniekcję, kroplówkę, transfuzję?*					
	Nie	Tak				
	Kiedy?					
6.	Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy miał Pan(i) wykonywane zabiegi inwazyjne (biopsja, punkcja, operacja, pobranie krwi)?					
	Nie	Tak				
	Jakie?					
	Kiedy?					
7.	Czy był Pan(i) szczepiony przeciw WZW typu B?*	Nie	Tak			
	Dawka	I	II	III	IV	V
	Kiedy ?					
8.	Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy miał Pan(i) wykonane badanie endoskopowe (gastroskopię, kolonoskopię, rektoskopię)?*					
	Nie	Tak				
	Kiedy? (podać rok)					
9.	Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy korzystał Pan(i) z usług gabinetu stomatologicznego i/lub chirurgii szczękowej (np.: ekstrakcja zębów, plomba, protezowanie, implantowanie)?*					
	Nie	Tak				
	Kiedy?					
10.	Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy korzystał Pan(i) z gabinetów: ginekologicznych , urologicznych (cystoskopia ,punkcja)?*					
	Nie	Tak				
	Kiedy?					
11.	Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy korzystał pan(i) z usług fryzjerskich, kosmetycznych, (golenie, strzyżenie, manicure, pedicure, tatuaż , przekłuwanie uszu *)					
	Nie	Tak				
	Kiedy?					
Data:		Podpis pacjenta:				

*właściwie zakreślić