



Tytuł:

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY-PRACOWNIA ENDOSKOPII

1	Imię i nazwisko:					
	Pesel:					
2	Czy chorował Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C ?*	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>				
	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 <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>				
	Kiedy?					
4	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy otrzymał Pan(i) iniekcję, kroplówkę, transfuzję?*	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>				
	Kiedy?					
5	Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy miał Pan(i) wykonywane zabiegi inwazyjne (biopsja, punkcja, operacja, pobranie krwi*)?	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>				
	Jakie?					
	Kiedy?					
6	Czy był Pan(i) szczepiony przeciw WZW typu B?*	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>				
	Dawka	I	II	III	IV	V
	Kiedy?					
7	Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy miał Pan(i) wykonane badanie endoskopowe (gastroskopia, kolonoskopia, rektoskopia)?*	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>				
	Kiedy? (podać rok)					
8	Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy korzystał Pan(i) z usług gabinetu stomatologicznego i/lub chirurgii szczękowej (np.: ekstrakcja zębów, plombacja, protezowanie, implantowanie)?*	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>				
	Kiedy?					
9	Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy korzystał Pan(i) z gabinetów: ginekologicznych, urologicznych (cystoskopia, punkcja)?*	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>				
	Kiedy?					
10	Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy korzystał pan(i) z usług fryzjerskich, kosmetycznych, (golenie, strzyżenie, manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu *)	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>				
	Kiedy?					
Data:		Podpis pacjenta:				

*właściwie zakreślić