

## WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

### 1. Dane personalne pacjenta:

- a) Imię i Nazwisko: .....
- b) Wiek pacjenta: .....
- c) Zawód wykonywany: .....

### 2. Miejsce pobytu:

NZOZ ORTO-MED

Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej  
ul. Łazarza 14  
31-530 Kraków

### 3. Pytania

- a) Czy pacjent chorował na WZW „żółtaczkę” NIE  TAK  (kiedy?)

.....

- b) Czy pacjent był szczepiony przeciw WZW typ B NIE  TAK  (ile razy?)

I dawka    II dawka    III dawka     
dzień miesiąc rok                      dzień miesiąc rok                      dzień miesiąc rok

- c) Czy pacjent znajduje się pod stałą opieką medyczną NIE  TAK  (gdzie?)

.....

- d) Czy pacjent w ostatnich 6 miesiącach przebywał w:

- szpitalu NIE  TAK  (gdzie?)

.....

- przychodni NIE  TAK  (gdzie?)

.....

- prywatnym gabinecie medycznym NIE  TAK  (gdzie?)

.....

- e) Czy w ostatnich 6 miesiącach pacjent miał wykonywane zabiegi:

- operacyjne NIE  TAK  (gdzie?)

.....

- poród NIE  TAK  (gdzie?)

.....

- endoskopia NIE  TAK  (gdzie?)  
.....
- biopsja NIE  TAK  (gdzie?)  
.....
- ginekologiczne NIE  TAK  (gdzie?)  
.....
- urologiczne NIE  TAK  (gdzie?)  
.....
- dentystyczne NIE  TAK  (gdzie?)  
.....
- zastrzyki (domięśniowe dożylnie podskórne) NIE  TAK  (gdzie?)  
.....
- pobieranie krwi NIE  TAK  (gdzie?)  
.....
- transfuzje krwi i środków krwiotropowych NIE  TAK  (gdzie?)  
.....
- akupunkturę NIE  TAK  (gdzie?)  
.....

**f) Czy w ostatnich 6 miesiącach pacjent w zakładzie kosmetycznym lub fryzjerskim miał wykonywane:**

- manicure NIE  TAK  (gdzie?)  
.....
- pedicure NIE  TAK  (gdzie?)  
.....
- tatuaż NIE  TAK  (gdzie?)  
.....
- przekłucie uszu NIE  TAK  (gdzie?)  
.....
- golenie NIE  TAK  (gdzie?)  
.....

**g) Czy pacjent w ostatnich 6 miesiącach miał wykonywane inne zabiegi naruszające ciągłość tkanek:** NIE  TAK  (jakie?)

\_\_\_\_\_

**h) Czy pacjent miał kontakt z chorym na WZW lub nosicielem** NIE  TAK  (gdzie?)

\_\_\_\_\_

**UWAGI**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Data*

\_\_\_\_\_

*Podpis osoby przeprowadzającej ankietę*

\_\_\_\_\_

*Podpis pacjenta*