

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Tomysłu	SPZOZ/ON/01220/3/2
WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY	Data: 01.04.2012 r. Strona 1 z 1

Dotyczy pacjenta w okresie 6-ciu miesięcy przed przyjęciem do Szpitala SP ZOZ w Nowym Tomysłu

Imię i nazwisko: Nr Ks. Gł.

1. Czy chorował(a) Pan(i) kiedykolwiek na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę? TAK / NIE

Kiedy?

2. Czy otrzymywał(a) Pan(i) iniekcje, kroplówkę, transfuzję? TAK / NIE

Gdzie?

3. Czy miał(a) Pan(i) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki TAK / NIE

(badania endoskopowe, biopsję, punkcję, akupunkturę, szczepienia, operacje, pobieranie krwi, opracowywanie i szycie ran itp.)?

Gdzie?

4. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług gabinetów stomatologicznych (ekstrakcja, plombę, inne zabiegi) TAK / NIE

Gdzie?

5. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług lekarzy okulistów? (usuwanie ciała obcego z oka itp.) TAK / NIE

Gdzie?

6. Czy korzystała pani z usług gab. ginekologicznych (zabiegi ginek., położnicze) lub urologicznych? TAK / NIE

Gdzie?

7. Czy w ciągu ostatnich 6-ciu miesięcy korzystał(a) Pan(i) z gabinetów kosmetycznych? TAK / NIE

(usuwanie znamion, tatuaży, manicure, pedicure, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą, itp.)

Gdzie?

8. Czy miał(a) Pan(i) wykonywane szczepienia p/WZW TAK / NIE

Gdzie? Kiedy?

.....
Podpis osoby przeprowadzającej wywiad

.....
Data

.....
Podpis pacjenta / opiekuna prawnego

1. Wybierając odpowiedź TAK lub NIE właściwe zakreślić w kółko
2. Przy odpowiedziach TAK należy odpowiedzieć na dodatkowe pytania precyzujące
3. W odniesieniu do dziecka ankietę wypełniają rodzice lub opiekunowie prawni będący przy przyjęciu do szpitala
4. * właściwe podkreślić