

## KARTA WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO DOTYCZY OSTATNICH 12 MIESIĘCY

Prawidłową odpowiedź zaznacz krzyżykiem

Imię, nazwisko, PESEL	
Czy przechorował(a) Pani/Pani WZW (żółtaczka) typu?	A B C Inne jakie? Tak.... Tak... Tak... .. Nie.... Nie.... Nie.... Nie.....
Czy jest Pan/Pani nosicielem WZW (żółtaczka) typu?	A B C Inne jakie? Tak.... Tak... Tak... .. Nie.... Nie.... Nie.... Nie.....
Czy miał(a) Pan/Pani kontakt z chorobą zakaźną?	Tak..... Nie..... Nie wiem..... Jaką?.....
Czy chorował(a) Pan/Pani na chorobę zakaźną?	Tak..... Nie..... Nie wiem..... Jaką?.....
Czy był(a) Pan/Pani operowany(a)?	Tak..... Nie..... Nie wiem..... Kiedy?.....
Gdzie wykonywano iniekcję? (zastrzyki)	W domu..... W szpitalu..... W gabinecie..... Nie wykonano .....
Czy podczas leczenia zastosowano?	Iniekcje..... Kroplówki..... Transfuzje..... Nie.....
Czy były wykonywane badania endoskopowe? (np. gastroscopia, cystoscopia, rektoscopia, kolonoskopia, artroskopia, bronchoskopia, laparoscopia...)	Tak..... Nie.....
Czy jest Pan/Pani szczepiony(a) przeciwko WZW typu A? (żółtaczka dotyczy pełnego okresu życia)	Tak..... Nie..... W roku.....
Czy był(a) Pan/Pani leczony(a) w innych placówkach zdrowia?	Tak..... Nie..... W jakiej?.....
Czy korzystała Pani z usług gabinetu ginekologicznego?	Tak..... Nie.....
Czy leczył(a) się Pani u stomatologa?	Tak..... Nie.....
Czy korzysta Pan/ Pani z usług zakładu kosmetycznego?	Tak..... Nie.....
Czy korzysta Pan/ Pani z usług zakładu fryzjerskiego?	Tak..... Nie.....
Czy korzysta Pan/Pani z usług lekarzy okulistów? (zabiegi inwazyjne tj. operacje na oku czy usuwanie ciała obcego..)	Tak..... Nie.....
Czy posiada Pan/Pani tatuaże?	Tak..... Nie.....
Czym dokonuje Pan/Pani golenia, depilacji?	Brzytwa..... Żyletka..... Maszynka jednorazowa..... wielorazowa.....

Data sporządzenia .....

.....  
podpis osoby wypełniającej ankietę