

# ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA PRZED BADANIEM ENDOSKOPOWYM

Za okres sześciu miesięcy wstecz

1. Czy chorował/a Pan/i na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę ?.....TAK |\_I| NIE |\_I|  
Kiedy.....
2. Czy miał/a Pan/i oznaczony antygen HBs ?.....TAK |\_I| NIE |\_I|  
Kiedy.....
3. Czy miał/a Pan/i kontakt z chorym na WZW (wirusowe zapalenie wątroby) ?.....TAK |\_I| NIE |\_I|  
Gdzie, data.....
4. Czy był/a Pan/i szczepiony/a na WZWB (wirusowe zapalenie wątroby typu B) ?.....TAK |\_I| NIE |\_I|  
Ile razy, data.....
5. Czy jest Pan/i nosicielem wirusa HIV.....TAK |\_I| NIE |\_I|
6. Czy był/a Pan/i leczona w innych placówkach ochrony zdrowia, w tym także prywatnych ?.....TAK |\_I| NIE  
Nazwa, adres, data (okres 6-iu miesięcy wstecz).....
7. Czy otrzymywał/a Pan/i iniekcje, kroplówki, transfuzje ?.....TAK |\_I| NIE |\_I|  
Gdzie, data.....
8. Czy miał/a Pan/i wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki (biopsje, punkcje, akupunkturę, operacje) ?.....TAK |\_I| NIE |\_I|  
Jakie.....  
Gdzie, data.....
9. Czy miał/a Pan/i pobieraną krew ?.....TAK |\_I| NIE |\_I|  
Gdzie, data.....
10. Czy korzystał/a Pan/i z usług gabinetów stomatologicznych.....TAK |\_I| NIE |\_I|  
Gdzie, data.....
12. Czy korzystał/a Pan/i z gabinetów ginekologicznych lub gabinetów urologicznych.....TAK |\_I| NIE |\_I|  
Gdzie, data.....
13. Czy korzystał/a Pan/i z usług gabinetów fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu, golenie brzytwą.....TAK |\_I| NIE |\_I|  
Gdzie, data.....
14. Czy miał/a Pan/i wykonywane badanie kolonoskopii.....TAK |\_I| NIE |\_I|  
Gdzie, data.....
15. Jestem uczulony/a na leki.....TAK |\_I| NIE |\_I|  
Jakie.....

.....  
data i podpis lekarza

.....  
data i podpis pacjenta