

Imię i nazwisko pacjenta:
Numer PESEL:

FORMULARZ WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO

lp	Imię i nazwisko Pacjenta		Nazwa szpitala
	PESEL		PAB Clinic
	Data urodzenia		ul. Kościuszki 92
	Data przyjęcia do szpitala:		40-523 Katowice
1	Zabiegi medyczne wykonywane ambulatoryjnie i/lub w trakcie poprzednich hospitalizacji w ciągu ostatnich 6 - ciu miesięcy , w przypadku implantów – ostatni rok od zabiegu.		
			Data, nazwa placówki
2	Iniekcje, kroplówki:	TAK/ NIE	
3	Transfuzje krwi i preparatów krwiopochodnych:	TAK/ NIE	
4	Biopsja, punkcja, akupunktura, szczepienia, pobieranie krwi itp.	TAK/ NIE	
5	Badania endoskopowe – proszę podać rodzaj badania:	TAK/ NIE	
6	Zabiegi stomatologiczne	TAK/ NIE	
7	Zabiegi okulistyczne (w tym usuwanie ciał obcych z oka itp.)	TAK/ NIE	
8	Zabiegi operacyjne (ginekologiczne, chirurgiczne, urologiczne, inne)	TAK/ NIE	
9	Inne zabiegi (np. manicure, pedicure, przekłuwanie uszu, tatuaż, golenie brzytwą itp.)	TAK/ NIE	
10	Kontakt z chorym na wirusowe zapalenie wątroby	TAK/ NIE	Data, miejsce kontaktu
11	Kontakt z zakażonym <i>MRSA</i> , <i>KPC</i> , <i>VRE</i>	TAK/ NIE	Data, miejsce kontaktu
12	Kontakt z chorym na gruźlicę	TAK/ NIE	Data, miejsce kontaktu
13	Czy miał(a) pan(i) kontakt z chorym na kiłę?	TAK/ NIE	Data, nazwa placówki, w której się leczył(a)
14	Zakażenie lub kolonizacja patogenem alarmowym	TAK/ NIE	Data badania, rodzaj materiału, nazwa patogenu
15	Pacjent posiada przy przyjęciu udokumentowane szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.		TAK/ NIE
	Data i podpis pielęgniarki zbierającej wywiad	Oświadczam, że zrozumiałem treść zadawanych pytań, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą Data i podpis pacjenta/także małoletniego, który ukończył 16 lat i/lub jego przedstawiciela ustawowego	Brak możliwości złożenia podpisu przez pacjenta podkreślić, jeśli dotyczy : - Pacjent nieprzytomny - Brak kontaktu z pacjentem - Brak możliwości porozumienia się z pacjentem -Brak zgody pacjenta na podanie danych