

Imię i nazwisko pacjenta:

Numer PESEL:

**F O R M U L A R Z   W Y W I A D U   E P I D E M I O L O G I C Z N E G O**

lp	<b>Imię i nazwisko Pacjenta</b>	Nazwa szpitala	
	PESEL	WCM Remedium	
	Data urodzenia	Os. Batorego 80D	
	Data przyjęcia do szpitala:	60-687 Poznań	
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:	<b>TAK/ NIE</b>	
3	Transfuzje krwi i preparatów krwiopochodnych:	<b>TAK/ NIE</b>	
4	Biopsja, punkcja, akupunktura, szczepienia, pobieranie krwi itp.	<b>TAK/ NIE</b>	
5	Badania endoskopowe – proszę podać rodzaj badania:	<b>TAK/ NIE</b>	
6	Zabiegi stomatologiczne	<b>TAK/ NIE</b>	
7	Zabiegi okulistyczne (w tym usuwanie ciał obcych z oka itp.)	<b>TAK/ NIE</b>	
8	Zabiegi operacyjne (ginekologiczne, chirurgiczne, urologiczne, inne)	<b>TAK/ NIE</b>	
9	Inne zabiegi (np. manicure, pedicure, przekłuwanie uszu, tatuaż, golenie brzytwą itp.)	<b>TAK/ NIE</b>	
10	Kontakt z chorym na wirusowe zapalenie wątroby	<b>TAK/ NIE</b>	Data, miejsce kontaktu
11	Kontakt z zakażonym <i>MRSA, KPC, VRE</i>	<b>TAK/ NIE</b>	Data, miejsce kontaktu
12	Kontakt z chorym na gruźlicę	<b>TAK/ NIE</b>	Data, miejsce kontaktu
13	Czy miał(a) pan(i) kontakt z chorym na kiłę?	<b>TAK/ NIE</b>	Data, nazwa placówki, w której się leczyl(a)
14	Zakażenie lub kolonizacja patogenem alarmowym	<b>TAK/ NIE</b>	Data badania, rodzaj materiału, nazwa patogenu
15	Pacjent posiada przy przyjęciu udokumentowane szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.		<b>TAK/ NIE</b>
	Data i podpis pielęgniarki zbierającej wywiad	Oświadczam, że zrozumiałem treść zadawanych pytań, a podane przeze mnie informacje są <b>zgodne z prawdą</b> ..... Data i podpis pacjenta/także małoletniego, który ukończył 16 lat i/lub jego przedstawiciela ustawowego	<b>Brak możliwości złożenia podpisu przez pacjenta podkreślić, jeśli dotyczy :</b>  - Pacjent nieprzytomny - Brak kontaktu z pacjentem - Brak możliwości porozumienia się z pacjentem - Brak zgody pacjenta na podanie danych