

# KARTA WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO

## DOTYCZY OSTATNICH 12 MIESIĘCY



Prawidłową odpowiedź zaznacz krzyżykiem

Imię, nazwisko, PESEL													
Czy przechorował(a) Pan/Pani WZW (żółtaczką) typu?	<table> <tr> <td><b>A</b></td> <td><b>B</b></td> <td><b>C</b></td> <td>Inne, jakie?</td> </tr> <tr> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	Inne, jakie?	Tak <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	.....	Nie <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	Inne, jakie?										
Tak <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	.....										
Nie <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>										
Czy jest Pan/Pani nosicielem WZW (żółtaczką) typu?	<table> <tr> <td><b>A</b></td> <td><b>B</b></td> <td><b>C</b></td> <td>Inne, jakie?</td> </tr> <tr> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	Inne, jakie?	Tak <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	.....	Nie <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	Inne, jakie?										
Tak <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	.....										
Nie <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>										
Czy miał(a) Pan/Pani kontakt z chorobą zakaźną?	<table> <tr> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> <td>Nie wiem <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Jaką? .....</td> </tr> </table>	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>	Nie wiem <input type="checkbox"/>	Jaką? .....							
Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>	Nie wiem <input type="checkbox"/>										
Jaką? .....													
Czy chorował(a) Pan/Pani na chorobę zakaźną?	<table> <tr> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> <td>Nie wiem <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Jaką? .....</td> </tr> </table>	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>	Nie wiem <input type="checkbox"/>	Jaką? .....							
Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>	Nie wiem <input type="checkbox"/>										
Jaką? .....													
Czy był(a) Pan/Pani operowany(a)?	<table> <tr> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> <td>Nie wiem <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Kiedy? .....</td> </tr> </table>	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>	Nie wiem <input type="checkbox"/>	Kiedy? .....							
Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>	Nie wiem <input type="checkbox"/>										
Kiedy? .....													
Gdzie wykonywano iniekcje? (zastrzyki)	<table> <tr> <td>W domu <input type="checkbox"/></td> <td>W szpitalu <input type="checkbox"/></td> <td>W gabinecie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Nie wykonywano <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	W domu <input type="checkbox"/>	W szpitalu <input type="checkbox"/>	W gabinecie <input type="checkbox"/>	Nie wykonywano <input type="checkbox"/>								
W domu <input type="checkbox"/>	W szpitalu <input type="checkbox"/>	W gabinecie <input type="checkbox"/>											
Nie wykonywano <input type="checkbox"/>													
Czy podczas leczenia zastosowano?	<table> <tr> <td>Iniekcje <input type="checkbox"/></td> <td>Kroplówki <input type="checkbox"/></td> <td>Transfuzje <input type="checkbox"/></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Iniekcje <input type="checkbox"/>	Kroplówki <input type="checkbox"/>	Transfuzje <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>								
Iniekcje <input type="checkbox"/>	Kroplówki <input type="checkbox"/>	Transfuzje <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>										
Czy były wykonywane badania endoskopowe? (np. gastroscopia, cytoskopia, rektoskopia, kolonoskopia, artroskopia, bronchoskopia, laparoscopia, ..... )	<table> <tr> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>									
Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>											
Czy jest Pan/Pani szczepiony(a) przeciwko WZW typu A? (żółtaczką - dotyczy pełnego okresu życia)	<table> <tr> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">W roku .....</td> </tr> </table>	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>	W roku .....								
Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>											
W roku .....													
Czy jest Pan/Pani szczepiony(a) przeciwko WZW typu B? (żółtaczką - dotyczy pełnego okresu życia)	<table> <tr> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">W roku .....</td> </tr> </table>	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>	W roku .....								
Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>											
W roku .....													
Czy był(a) Pan/Pani leczony(a) w innych placówkach zdrowia?	<table> <tr> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">W jakiej? .....</td> </tr> </table>	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>	W jakiej? .....								
Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>											
W jakiej? .....													
Czy korzystała Pani z usług gabinetu ginekologicznego?	<table> <tr> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>									
Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>											
Czy leczył(a) się Pan/Pani u stomatologa?	<table> <tr> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>									
Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>											
Czy korzysta Pan/Pani z usług zakładu kosmetycznego?	<table> <tr> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>									
Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>											
Czy korzysta Pan/Pani z usług zakładu fryzjerskiego?	<table> <tr> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>									
Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>											
Czy korzystał(a) Pan/Pani z usług lekarzy okulistów? (zabiegi inwazyjne tj. operacje na oku czy usuwanie ciała obcego...)	<table> <tr> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>									
Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>											
Czy posiada Pan/Pani tatuaże?	<table> <tr> <td>Tak <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Nie <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>									
Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>											
Czym dokonuje Pan/Pani golenia, depilacji?	<table> <tr> <td>Brzytwa <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Żyłetka <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Maszynka jednorazowa <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>wielorazowa <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Brzytwa <input type="checkbox"/>		Żyłetka <input type="checkbox"/>	Maszynka jednorazowa <input type="checkbox"/>		wielorazowa <input type="checkbox"/>						
Brzytwa <input type="checkbox"/>		Żyłetka <input type="checkbox"/>											
Maszynka jednorazowa <input type="checkbox"/>		wielorazowa <input type="checkbox"/>											

Data i podpis lekarza lub pielęgniarki

Data i podpis osoby wypełniającej

.....

.....