



WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

Silesia-Med Sp. z o.o.

Nazwisko i imię pacjenta : PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Czy Pan / Pani chorował(a) na WZW nie tak, kiedy
- Czy Pan / Pani jest zaszczepiony(a) przeciwko WZW nie tak, kiedy.....
- Czy w otoczeniu Pana / Pani jest nosiciel WZW typu B lub C nie tak, kto
- Czy Pan / Pani był(a) leczony(a) w innych szpitalach nie tak, kiedy
- Czy korzystał(a) Pan / Pani z usług gabinetów lekarskich (np. stomatolog, ginekolog, okulista, laryngolog) nie tak, kiedy.....
- Czy u Pana / Pani przeprowadzono zabiegi operacyjne nie tak, kiedy, jakie
- Czy miał(a) Pan / Pani wykonywane inne zabiegi naruszające powłoki skórne (np. iniekcje, szczepienia, kroplówki, transfuzje, biopsja, punkcja, akupunktura) nie tak, kiedy.....
- Czy miał(a) Pan / Pani wykonywane badania endoskopowe nie tak, kiedy
- Czy korzystał(a) Pan / Pani z usług gabinetu niemedycznego (np. fryzjer, kosmetyczka, gabinet tatuażu) nie tak, kiedy.....

OCENA RYZYKA ZAKAŻENIA W CHWILI PRZYJĘCIA DO SZPITALA:

- wiek >65 lat chory przyjęty z powodu zakażenia chory nieprzytomny
- uzależnienia (alkoholizm, narkomania) przewlekłe zakażenie i choroby autoimmunologiczne antybiotykoterapia w ciągu ostatnich 3 miesięcy
- nietrzymanie moczu / kału zaniedbania higieniczne niewydolność nerek / dializoterapia
- immunosupresja cukrzyca otyłość / niedożywienie
- zaburzenia psychiczne / otępienie choroba nowotworowa implanty
- jatrogenne czynniki zakażenia (cewnik moczowy, naczyniowy Rurka tchawicza, stomia) przebyty uraz (otwarty, wewnętrzny) krwotok (z przyczyn urazowych lub chorobowych) uszkodzenie skóry (w tym rozległe blizny, tatuaże, kolczykowanie)
- niedokrwienie kończyn inne, jakie?

SKALA: I → 0 skreśleń

II → 1-2 skreślenia

III → 3-4 skreślenia

IV → 5 lub więcej skreśleń

chory(a) zakwalifikowany(a) do grupy ryzyka zakażenia

Oświadczam, że przedstawione informacje są prawdziwe i podane zgodnie z posiadaną wiedzą na temat stanu zdrowia

Grzawa, dnia

.....
podpis i pieczęć lekarza

.....
podpis pacjenta / udzielającego wywiadu