

## Wywiad epidemiologiczny/wstępna ocena ryzyka dotyczący 6 m-cy przed udzielaniem usługi stomatologicznej

Proszę o udzielenie odpowiedzi na poniżej przedstawione pytania, odpowiedzi pomogą nam w odpowiedni sposób wdrożyć najbardziej odpowiednie standardy profilaktyki w naszym podmiocie leczniczym.

W pytaniach, w których warianty odpowiedzi z prawidłową odpowiedzią proszę zaznaczyć krzyżykiem.

### 1. Dane osobowe pacjenta (imię i nazwisko, nr PESEL/wiek)

.....  
.....  
.....

2. Czy pacjent chorował na zapalenie wątroby t. B (tzw. żółtaczkę)? Nie...  Tak...

Kiedy?.....

3. Czy pacjent chorował na zapalenie wątroby t. C? Nie...  Tak...  Kiedy?.....

4. Jeżeli odpowiedź w punkcie 2 lub 3 jest pozytywna, to czy był z tego powodu leczony i czy posiada dokumentację medyczną z leczenia?

Nie...  Tak...

Czy jest dokumentacja z leczenia? Nie...  Tak...

(proszę okazać lekarzowi podczas badania)

5. Czy wśród domowników pacjenta lub w jego najbliższym otoczeniu są osoby chorujące

na choroby zakaźne (proszę odpowiedzieć wpisując +/-) żółtaczką - ...

WZW t.A-...  WZW t.B - ...  WZW t. C-...  gruźlica-...  HIV...

6. Czy pacjent był szczepiony przeciwko zapaleniu wątroby ( typu B\*? i/lub\* typu A\*?)

Nie...  Tak...

Jeśli tak to ile razy był szczepiony?.....

7. Czy pacjent miał oceniany antygen Hbs i przeciwciała anty-HCV? Nie...  Tak...

8. Czy pacjent w przeszłości był leczony w szpitalu? Nie...  Tak...

Kiedy?.....

Z jakiego powodu?.....

9. Czy korzystał(a) z usług gabinetów ginekologicznych (zabiegi ginekologiczne, położniczych) lub gabinetów urologicznych? Nie...  Tak...

Gdzie? (adres).....

10. Czy pacjent miał wykonywane w przeszłości zabiegi medyczne – proszę potwierdzić znakiem +/-

Kiedy? podać w przybliżeniu datę

- zabiegi operacyjne.....
- badania endoskopowe.....
- leczenie stomatologiczne.....
- iniekcje(w tym szczepienia).....
- pobieranie krwi.....
- przetaczanie krwi, preparatów krwiopochodnych.....
- akupunkturę.....

**11. Czy pacjent miał wykonywane inne zabiegi związane z przerwaniem ciągłości skóry (tatuaż, piercing(kolczyki), akupunktura, manicure, pedicure, golenie, strzyżenie, Inne.....Nie...  Tak...  Kiedy?.....**

**12. Czy pacjent choruje na choroby:**

- nadciśnienie tętnicze: Nie...  Tak...

- cukrzycę: Nie...  Tak...

- choroby nowotworowe: Nie...  Tak...

- inne.....

**Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.**

.....

Data podpis pacjenta (gdy ma 16 lat) i/lub jego opiekuna prawnego data

.....

Podpis, pieczęć lekarza weryfikującego