

ANKIETA
Ocena ryzyka zakażenia wirusem C zapalenia wątroby

Płeć: kobieta mężczyzna

Wiek:

Nr badania:

Liczba pobytów w szpitalu

	TAK	NIE
Podejrzewam u siebie zakażenie HCV		
Jestem pracownikiem opieki zdrowotnej		
Byłem hospitalizowana/y		
Przeprowadzono u mnie następujące zabiegi medyczne i inne:		
- drobne zabiegi medyczne, np. usunięcie znamienia, usunięcie zęba, szycie rany		
- zabiegi diagnostyczne takie jak: kolonoskopia, gastroscopia, bronchoskopia		
- leczenie dializami		
- zabiegi operacyjne		
- zastrzyki, kroplówki		
- przetoczenie krwi lub produktów krwiopochodnych przed 1992 rokiem		
- akupunktura		
Posiadam lub posiadałam/em tatuaż i/lub kolczyki		
Dożylne przyjmowanie narkotyków (nawet jeden raz)		
Mieszkam/ mieszkałam/em z osobą zakażoną HCV		
Przebywałam/em w zakładzie karnym/areszcie śledczym		
Stwierdzono u mnie nieprawidłowy wzrost enzymu		

aminotransferazy alaninowej (ALT)		
Byłam/em leczona/y z powodu przewlekłego WZW typu B		

Wypełnia pracownik placówki:

Data badania:

Wynik badania:

.....

Pieczęć placówki

.....

Data i podpis pracownika