

**ANKIETA**  
**Ocena ryzyka zakażenia wirusem C zapalenia wątroby**

Płeć:           kobieta    mężczyzna

Wiek: .....

Nr badania: .....

Liczba pobyków w szpitalu .....

	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Podejrzewam u siebie zakażenie HCV		
Jestem pracownikiem opieki zdrowotnej		
Byłem hospitalizowana/y		
<b>Przeprowadzono u mnie następujące zabiegi medyczne i inne:</b>		
- 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