

NAZWISKO ..... IMIĘ .....

PESEL ..... ODDZIAŁ ..... Data przyjęcia .....

Przyjęto: <input type="checkbox"/> z domu <input type="checkbox"/> z innego szpitala <input type="checkbox"/> z innego oddziału <input type="checkbox"/> z innego miejsca			
Rozpoznanie choroby zasadniczej:			
Przebyte choroby:		Wyniki badań serologicznych (o ile pacjent dysponuje wynikami badań):	
	<u>Pacjent</u>	<u>W rodzinie</u>	
WZW B	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> TAK	HBs Ag <input type="checkbox"/> data .....
WZW C	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> TAK	HBe Ag <input type="checkbox"/> data .....
Inne* <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jakież?:			anty-HCV <input type="checkbox"/> data .....
.....			anty-HBe <input type="checkbox"/> data .....
.....			anty- HBc <input type="checkbox"/> data .....
*inne – przenoszone drogą krwi			anty-HIV <input type="checkbox"/> data .....
Szczepienie przeciw WZW B <input type="checkbox"/> Pełne <input type="checkbox"/> niepełne <input type="checkbox"/> brak			
Przetaczanie krwi lub preparatów krwiopochodnych w przeszłości: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Kiedy? <input type="checkbox"/> Gdzie? Nazwa placówki:			
Zabiegi inwazyjne przed hospitalizacją w ostatnich 6 miesiącach (także w gabinetach prywatnych):			
<input type="checkbox"/> iniekcje dożylnie	<input type="checkbox"/> operacja	<input type="checkbox"/> intubacja	
<input type="checkbox"/> cewniki naczyniowe	<input type="checkbox"/> cewnik moczowy	<input type="checkbox"/> iniekcje domięśniowe	
<input type="checkbox"/> biopsja	<input type="checkbox"/> respirator	<input type="checkbox"/> endoskopia	
<input type="checkbox"/> dawca krwi	<input type="checkbox"/> iniekcje podskórne	<input type="checkbox"/> wlewy kroplowe	
Zabiegi:	<input type="checkbox"/> okulista	<input type="checkbox"/> inne* jakież?:	
<input type="checkbox"/> ginekolog	<input type="checkbox"/> urolog	.....	
<input type="checkbox"/> stomatolog	<input type="checkbox"/> chirurg	.....	
* inne – zabiegi kosmetyczne (manicure, pedicure, tatuaże, zakładanie kolczyków), akupunktura, fryzjer, golenie, itp.			
Leczenie szpitalne (w ostatnich 6 miesiącach)			
Szpital: .....		od ..... do .....	
Przyczyna hospitalizacji:			
.....			
Szpital: .....		od ..... do .....	
Przyczyna hospitalizacji:			
.....			
..... data		..... Podpis pacjenta	
Data i podpis osoby zbierającej wywiad:			