

NAZWISKO IMIĘ

UWAGA: Wszystkie informacje uzyskane od Państwa wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, dotyczą dokumentacji lekarskiej i objęte są tajemnicą zawodową.

Prosimy o udzielenie szczerych i dokładnych odpowiedzi na pytania w ankietach, które Panią/Pana dotyczą:

1. Wirusowe zapalenie wątroby typ B

Dotyczy Nie dotyczy

Czy przez ostatnie 6 miesięcy miał/a Pan/i kontakt z chorymi na wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczką zakaźną typu B)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
Czy przez ostatnie 6 miesięcy przebywał/a Pan/i w innych placówkach służby zdrowia (gabinety, szpitale, poradnie)? Gdzie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
Czy przez ostatnie 6 miesięcy miał/a Pan/i wykonywane zastrzyki, kroplówki, transfuzje? Gdzie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
Czy przez ostatnie 6 miesięcy miał/a Pan/i wykonywane zabiegi naruszające skórę (np. zabiegi kosmetyczne, fryzjer)? Gdzie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
Czy rodziła pani lub Przeszła pani innego typu ginekologiczny zabieg chirurgiczny? Gdzie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
Czy był/a Pan/i hemodializowany/a? Gdzie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
Czy kiedykolwiek miał/a podwyższoną aktywność enzymów wątrobowych (AlAT, AspAT)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
Czy zdarzyło się Panu/i korzystać ze wspólnych igieł lub strzykawek?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
Czy zdarzyło się Panu/i korzystać ze wspólnych ciężek do skórek, szczoteczek do zębów lub maszynek do golenia?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
Czy Pana/i partner/partnerzy lub partnerzy seksualni mają potwierdzony brak obecności antygeny wirusa żółtaczkowy?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
Czy był/a Pan/i szczepiony/a przeciw WZW B (żółtaczką zakaźną typu B)? Ilość podanych dawek szczepionki Data ostatniego szczepienia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem

.....
data i podpis pacjenta

2. Wirusowa infekcja szyjki macicy (HPV)

Dotyczy Nie dotyczy

Czy obecnie jest Pani zdrowa (temperatura, kaszel, katar)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pani w ciąży lub planuje Pani ciążę w najbliższych 3-4 miesiącach?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy karmi Pani dziecko piersią?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pani uczulona na leki, pokarmy?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Jakie.....
Czy przyjmuje Pani na stałe jakieś leki?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Jakie.....
Czy w ostatnich 4 tygodniach była Pani szczepiona inną szczepionką?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Jaką.....
Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pani reakcje niepożądane po szczepieniach?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Jakie.....
Czy w ostatnim czasie otrzymywała Pani p/ciała lub miała Pani toczoną krew?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy leczono Panią kortyzonem, prednizonem lub innymi kortykosteroidami, cytostatykami lub poddawano radioterapii?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

.....
data i podpis pacjenta