

Program Wykrywania Zakażeń wzv typu B i C w województwie Kujawsko-Pomorskim w 2019 r.

Koordynator Programu: dr n. med. Krzysztof Gierlotka www.program.wsoz.pl
Polub nas na Facebooku, udostępnij www.facebook.com/program.wzw

KWESTIONARIUSZ

Nr samorządu	Nazwa samorządu	Nr samorządu / numer porządkowy pacjenta

Data pobrania krwi

Imię i Nazwisko:

Numer PESEL

Data Urodzenia wiek

Adres ulica nr domu/mieszkania

Gmina (nazwa), w której zameldowany jest pacjent

miasto wieś

Oświadczam, że **nie wykryto** u mnie zakażenia wirusem HBV (wirusowe zapalenie wątroby typu B) i/lub **nie wykryto** u mnie zakażenia wirusem HCV (wirusowe zapalenie wątroby typu C).

Ankieta:

1. Czy był(a) Pan(i) co najmniej 2-krotnie hospitalizowany(a) ? Tak / Nie
2. Czy miał(a) Pan(i) przetaczaną krew i preparaty krwiopochodne przed 1992 rokiem ? Tak / Nie
3. Czy był(a) Pan(i) operowany(a) ? Tak / Nie
4. Czy miał(a) Pan(i) proste zabiegi medyczne? np. szycie skóry, usuwanie znamiona ? Tak / Nie
5. Czy jest/był(a) Pan(i) dializowany(a) ? Tak / Nie
6. Czy ma/miał(a) Pan(i) tatuaż, kolczyki, piercing ? Tak / Nie
7. Czy korzysta/korzystał Pan(i) z zabiegów w salonach kosmetycznych ? np. manicure Tak / Nie
8. Czy stosuje/stosował Pan(i) dożylnie narkotyki, środki dopingujące ? Tak / Nie
9. Czy ma/miał Pan(i) kontakt zawodowy z ludzką krwią ? Tak / Nie
10. Czy w Pana(i) najbliższej rodzinie jest osoba zakażona wirusem HBV lub HCV ? Tak / Nie

.....
data

.....
podpis

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016r. informacja o administratorze danych osobowych i inspektorze ochrony danych osobowych znajduje się u realizatora Programu.