

KARTA WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO

Imię i nazwisko

Nr księgi głównej

	NIE	TAK	KIEDY/GDZIE
Przebyte wirusowe zapalenie wątroby			
Szczepienie przeciw WZW			
Kontakt z chorym na WZW w ciągu ostatnich 6 m-cy			
Zabiegi w placówkach ochrony zdrowia, także w gabinetach prywatnych (iniekcje, kroplówki, pobranie krwi, biopsje, punkcje, operacje, badania endoskopowe) w ciągu ostatnich 6 m-cy			
Usługi stomatologiczne w ciągu ostatnich 6 m-cy			
Wizyta w gabinecie ginekologicznym, urologicznym, okulistycznym w ciągu ostatnich 6 m-cy			
Wizyta w salonach: fryzjerskich, kosmetycznych, tatuaże w ciągu ostatnich 6 m-cy			

Czytelny podpis osoby wypełniającej / odbierającej wywiad*

Podpis pacjenta / rodzica / osoby upoważnionej*

* niepotrzebne skreślić

OCENA RYZYKA WYSTĄPIENIA ZAKAŻENIA SZPITALNEGO

Imię i nazwisko

Nr księgi głównej

CZYNNIKI RYZYKA WYSTĄPIENIA ZAKAŻENIA	TAK	NIE	UWAGI
Pacjent przyjęty z innego szpitala (jakiego?)			
Hospitalizacja w ciągu ostatnich 6 m-cy (gdzie?)			
Ciąża			
Choroba nowotworowa			
Radioterapia/chemioterapia/sterydoterapia/leki immunosupresyjne*			
Antybiotykoterapię do 3 m-cy przed hospitalizacją			
Chory nieprzytomny/po zachłyśnięciu/po NZK			
Dializoterapia/niewydolność nerek			
Leczenie krwią i preparatami krwiopochodnymi w ciągu ostatnich 6 miesięcy			
Uraz wielonarządowy/uraz otwarty/rana oparzeniowa			
Choroba przewlekła: cukrzyca, otyłość, mocznica, dna, POCHP, astma, choroba niedokrwienna kończyn, zespół zatorowo - zakrzepowy, schorzenia tarczycy			
Przewlekłe zakażenie: WZW, gruźlica, HIV/AIDS, borelioza, itp.			
Sztuczne drogi: cewniki moczowe, stomia, cewnik naczyniowy, rurka tchawicza, itp.			
Odleżyna, owrzodzenia, zmiany na skórze, ropienie, enzyemy			
Aktywne ostre zakażenie: zapalenie płuc, sepsa, zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych, zakażenie układu moczowego			
Zaniedbania higieniczne: nietrzymanie moczu/kału			
Nałogi: alkoholizm/narkomania/palenie tytoniu			

Suma punktów z kolumny 3 służy do oceny grupy ryzyka

Grupa ryzyka

- | | | |
|-----|----------------|-----------------------|
| I | brak ryzyka | 0 odpowiedzi na TAK |
| II | małe ryzyko | 1 odpowiedź na TAK |
| III | średnie ryzyko | 2-3 odpowiedzi na TAK |
| IV | duże ryzyko | 4 odpowiedzi na TAK |

* niepotrzebne skreślić

**Pacjent zakwalifikowany do
.....(słownie) grupy ryzyka
wystąpienia zakażenia**

podpis osoby wypełniającej/odbierającej wywiad