

## WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

dotyczący pacjenta w okresie 6 miesięcy  
przed przyjęciem na badanie angiografii fluoresceinowej

Imię i nazwisko pacjenta:.....

PESEL:.....

Data badania: .....

Po udzieleniu odpowiedzi TAK prosimy o uzupełnienie informacji szczegółowej (np. kiedy chorował/a lub choruje Pan/i na wirusowe zapalenie wątroby).

1. Czy chorował/a lub choruje Pan/i na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę? TAK / NIE

*Kiedy?.....*

2. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy był Pan/i leczony/a w innych placówkach służby zdrowia, w tym także gabinetach prywatnych? TAK / NIE

*Gdzie? (proszę podać adres).....*

3. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał Pan/i kontakt z chorym na WZW (wirusowe zapalenie wątroby)? TAK / NIE

*Gdzie? (proszę podać adres).....*

4. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy otrzymał/a Pan/i iniekcję, kroplówki, transfuzję? TAK / NIE

*Gdzie? (proszę podać adres).....*

5. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał Pan/i wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkani (biopsję, akupunkturę, operacje, pobrania krwi)? TAK / NIE

*Jakie? .....*

*Gdzie? (proszę podać adres).....*