

- Stwierdzam, że odpowiedziałem/-am na wszystkie pytania zadane mi przez wyżej podpisanego/-ą chorego/-ą dotyczące planowanej operacji i znieczulenia, zgodne z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Na podstawie treści rozmowy sądzę, że zostałem/-am przez chorego/-ą zrozumiany/-a.

**Data, podpis
i pieczętka
anestezjologa:**

**Data, podpis
i pieczętka
chirurga:**

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

dotyczący przeszłości Pacjenta w okresie 6-ciu miesięcy
przed przyjęciem na zabieg operacyjny

1. Czy chorowała Pani na wirusowe zapalenie wątroby/żółtaczkę? nie tak
2. Czy była Pani leczona w innych placówkach służby zdrowia (w szczególności w szpitalu)?
 nie tak, gdzie? _____ nazwy, adresy _____ kiedy? _____
3. Czy w ciągu 6 miesięcy miała Pani kontakt z chorym na WZW? nie tak
jeśli tak, gdzie? _____ nazwy, adresy _____ kiedy? _____
4. Czy otrzymywała Pani iniekcje, kroplówki, transfuzje?
jeśli tak, gdzie? _____ nazwy, adresy _____ kiedy? _____
5. Czy miała Pani wykonywane inne zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki (biopsje, punkcje, akupunkturę, szczepienia, operacje, pobieranie krwi, inne)?
 nie tak, gdzie? _____ nazwy, adresy _____ kiedy? _____
6. Czy miała Pani wykonywane badanie endoskopowe?
jeśli tak, gdzie? _____ nazwy, adresy _____ kiedy? _____
7. Czy korzystała Pani z usług gabinetów stomatologicznych (ekstrakcja zębów, plomba, usuwanie kamienia nazębnego)?
 nie tak, gdzie? _____ nazwy, adresy _____ kiedy? _____
8. Czy korzystała Pani z usług lekarza okulisty oraz/lub ginekologa? nie tak
jeśli tak, gdzie? _____ nazwy, adresy _____ kiedy? _____
9. Czy korzystała Pani z usług gabinetów fryzjerskich, kosmetycznych? nie tak
jeśli tak, gdzie? _____ nazwy, adresy _____ kiedy? _____

**Łódź,
dnia:**

**Podpis Pacjenta/-tki/
przedstaw. ustawowego*:**

* Jeżeli Pacjent ukończył 16 lat, a nie ukończył 18, należy uzyskać oświadczenie/zgodę podwójne/-ą tj. od Pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego.