

20140210 R 142

# INSTYTUT REUMATOLOGII

im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher

## WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

(DANE ZA OKRES 6 MIESIĘCY PRZED PRZYJĘCIEM DO I.R.)

Imię i nazwisko.....  
Data urodzenia..... PESEL.....  
Oddział..... Data przyjęcia.....  
Nr. historii choroby.....

Przyjęcie: planowe  nagłe  z domu  z innego szpitala

Część I- wypełnia lekarz Izby Przyjęć.

1. Rozpoznanie przy przyjęciu do I.R.....
2. Choroby współistniejące.....
3. Rany TAK  NIE  opis.....
4. Wysypka TAK  NIE  opis.....
5. Wykwity skórne TAK  NIE  opis.....
6. Opryszczka TAK  NIE  opis.....
7. Objawy choroby zakaźnej TAK  NIE  opis.....
8. Biegunka TAK  NIE  opis.....
9. Zmiany osłuchowe TAK  NIE  opis.....
10. Gorączka TAK  NIE  opis.....
11. Czy pacjent chorował na żółtaczkę zakaźną HBV, HCV TAK  NIE   
Kiedy?.....  
Czy był hospitalizowany? TAK  NIE   
Gdzie?.....
12. Czy jest nosicielem żółtaczki zakaźnej HBV, HCV. TAK  NIE
13. Czy pacjent miał kontakt z chorym na żółtaczkę zakaźną? TAK  NIE   
W jakiej sytuacji?.....
14. Szczepienia p/WZW B TAK  NIE   
(poprosić o wgląd w dokumentację szczepień) Ile razy?.....  
Kiedy ostatnie szczepienie?.....
15. Kontakt z chorobami zakaźnymi TAK  NIE   
Jakimi?.....  
Kiedy?.....
16. Stwierdzono cechy zakażenia TAK  NIE

UWAGI:.....

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

Część II- wypełnia pielęgniarka Izby Przyjęć

1. Czy pacjent był leczony w innych szpitalach i gabinetach? TAK  NIE   
(stomatologia, urologia, ginekologia, okulistyka, inne- także prywatne)

Gdzie?.....

.....Kiedy? .....

2. Czy pacjent miał wykonywane zabiegi inwazyjne TAK  NIE   
(biopsja, punkcja, akupunktura, cewnikowanie, gastroscopia, rektoskopia, kolonoskopia,  
bronchoskopia, cystoskopia, artroskopia, dializy, operacje, inne)

Gdzie?.....

.....Kiedy? .....

3. Pobrania krwi TAK  NIE

Gdzie?.....

.....Kiedy? .....

4. Czy pacjent otrzymywał iniekcje? TAK  NIE   
(domięśniowe, dożylnie, podskórne, szczepionki, blokady, transfuzje, inne)

Gdzie?.....

.....Kiedy? .....

5. Czy pacjent korzystał z usług kosmetycznych? TAK  NIE

Gdzie?.....

.....Kiedy? .....

6. Badanie- oględziny pacjenta  
- cewnik naczyniowy TAK  NIE  Data założenia.....  
miejsce wkłucia.....

.....

- cewnik moczowy TAK  NIE  Data założenia.....

.....

- opatrunek gipsowy TAK  NIE

Gdzie?.....

.....

- odleżyny TAK  NIE

.....

.....miejsce wystąpienia.....

7. UWAGI:.....

.....

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis pielęgniarki Izby Przyjęć

Potwierdzam zgodność podanych informacji

.....