

**„Program wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród  
mieszkańców miasta Rzeszowa”**

Pieczęć Świadczeniodawcy

Data \_\_\_\_\_

**ANKIETA Nr.....  
oceny ryzyka zakażenia HCV**

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_ wiek badanego \_\_\_\_\_

pleć	kobieta <input type="checkbox"/>	mężczyzna <input type="checkbox"/>
zameldowanie/zamieszkanie w Rzeszowie	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
zatrudnienie	rencista/emeryt <input type="checkbox"/>	pracujący <input type="checkbox"/>
osoby bezrobotne	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
mieszkam lub mieszkałam/em z osobą zakażoną HCV	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
byłam/em leczona/y z powodu zakażenia HCV	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
pobyt w szpitalu	jeden raz <input type="checkbox"/>	wielokrotnie <input type="checkbox"/>
zabieg operacyjny	jaki _____	kiedy (rok) _____
zabieg endoskopowy	tak <input type="checkbox"/>	kiedy _____
kolonoskopia	tak <input type="checkbox"/>	kiedy _____
gastroskopia	tak <input type="checkbox"/>	kiedy _____
bronchoskopia	tak <input type="checkbox"/>	kiedy _____
laparoscopia	tak <input type="checkbox"/>	kiedy _____
transfuzje krwi lub preparatów krwiopochodnych (płytki, osocze, czynniki krzepnięcia, albuminy, immunoglobuliny)	nie <input type="checkbox"/> tak, przed 1992 r. <input type="checkbox"/> tak, po 1992 r. <input type="checkbox"/>	
Tatuaże, piercing	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Inne zabiegi chirurgiczne i stomatologiczne	jakie _____	kiedy _____

Udzielenie przynajmniej jednej odpowiedzi **TAK** dotyczącej czynników ryzyka, kwalifikuje do badania.

Data i czytelny podpis uczestnika Programu

.....

**WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**

Wynik anty-HCV	ujemny <input type="checkbox"/>	dodatni <input type="checkbox"/>
----------------	---------------------------------	----------------------------------