

Załącznik Nr 1 do umowy Nr
zawartej w dniu pomiędzy
Gminą Miasto Rzeszów a

**„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 ☐	mężczyzna ☐
zameldowanie/zamieszkanie w Rzeszowie	tak ☐	nie ☐
zatrudnienie	rencista/emeryt ☐	pracujący ☐
osoby bezrobotne	tak ☐	nie ☐
mieszkam lub mieszkalam/em z osobą zakażoną HCV	tak ☐	nie ☐
byłam/em leczona/y z powodu zakażenia HCV	tak ☐	nie ☐
pobyt w szpitalu	jeden raz ☐	wielokrotnie ☐
zabieg operacyjny	jaki	kiedy (rok)
zabieg endoskopowy	tak ☐	kiedy
kolonoskopia	tak ☐	kiedy
gastroskopia	tak ☐	kiedy
bronchoskopia	tak ☐	kiedy
laparoscopia	tak ☐	kiedy
transfuzje krwi lub preparatów krwipochodnych (płytki, osocze, czynniki krzepnięcia, albuminy, immunoglobuliny)	nie ☐ tak, przed 1992 r. ☐ tak, po 1992 r. ☐	
Tatuaże, piercing	tak ☐	nie ☐
Inne zabiegi chirurgiczne i stomatologiczne	jaki	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 ☐	dodatni ☐
----------------	---------------------------------	----------------------------------