Załącznik Nr 1 do umowy Nr ……/2018, zawartej

w dniu………………2018 r. pomiędzy Miastem

Rzeszów a………………………………………..

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

Pieczęć Świadczeniodawcy Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANKIETA Nr……………….**

**oceny ryzyka zakażenia HCV**

Nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Imię\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wiek badanego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| płeć | | kobieta  | mężczyzna  |
| miejsce zameldowania w Rzeszowie | | tak  | nie  |
| zatrudnienie | | rencista/emeryt  | pracujący  |
| osoby bezrobotne | | tak  | nie  |
| mieszkam lub mieszkałam/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 | | | |
| kolonoskopia | | tak  | kiedy |
| gastroskopia | | tak  | kiedy |
| bronchoskopia | | tak  | kiedy |
| laparoskopia | | tak  | kiedy |
| transfuzje krwi lub preparatów krwiopochodnych (płytki, osocze, czynniki krzepnięcia, albuminy, immunoglobuliny) | | nie   tak, przed 1992r.   tak, po 1992 r.  |  |
| Tatuaże, piercing | | tak  | nie  |
| 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  | dodatni  |