

Załącznik Nr 1 do umowy zawartej w dniu.....października 2015 r.
pomiędzy miastem Rzeszów a.....

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

Pieczęć Świadczeniodawcy

Data _____

ANKIETA

oceny ryzyka zakażenia HCV

Nr badania _____

wiek badanego _____

pleć	kobieta <input type="checkbox"/>	mężczyzna <input type="checkbox"/>
miejsce zamieszkania	wieś <input type="checkbox"/>	miasto <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"/>
jestem pracownikiem opieki zdrowotnej	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		
kolonoskopia	tak <input type="checkbox"/>	kiedy
gastroskopia	tak <input type="checkbox"/>	kiedy
bronchoskopia	tak <input type="checkbox"/>	kiedy
laparoscopia	tak <input type="checkbox"/>	kiedy
Tatuáže, piercing	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Inne zabiegi	jaki	kiedy

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

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

Z up. PREZYDENTA MIASTA RZESZOWA

Stanisław Sienko
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA RZESZOWA

Dyrektor Wydziału Zdrowia

mgr Renata Żukowska