Sanatorium Uzdrowiskowe „Nida-Zdrój" Sp. z o.o.

KARTA WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO

(obejmuje okres **6 miesięcy** przed przyjęciem pacjenta do **sanatorium**)

(Wypełnia pacjent / opiekun prawny / pielęgniarka)

Podstawa prawna:
Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz U. 2021 r. nr 234 poz. 2069 z późn. zm.).
Karta stanowi integralną część Historii Choroby.

Imię i nazwisko:	
Pesel	
Data przyjęcia do sanatorium	

Należy zakreślić odpowiedź		
Przebyta żółtaczka	Tak	Nie
Nosicielstwo HBV, HCV, HIV	Tak	Nie
Szczepienie przeciw **WZW typu B (wirusowemu zapaleniu wątroby)**	Tak	Nie
Hospitalizacja w innych placówkach medycznych **w ostatnich 6 miesiącach**	Tak	Nie
Zabiegi operacyjne / badania inwazyjne naruszające powłoki skórne: endoskopie, iniekcje, zabiegi stomatologiczne, okulistyczne, akupunktura itp. **Wykonywane w ostatnich 6 miesiącach**	Tak	Nie
Rany przewlekłe / odleżyny	Tak	Nie
Zmiany skórne (ropne, alergiczne, egzema)	Tak	Nie
Korzystanie z usług gabinetów kosmetycznych (manicure, pedicure, oczyszczanie skóry, przekłuwanie uszu, tatuaże,itp.).	Tak	Nie
Korzystanie z usług gabinetów fryzjerskich	Tak	Nie

.....
(Data / Podpis przeprowadzającego wywiad)

.....
(Data / **Podpis pacjenta** / Opiekuna Prawnego)

ZP "STEMAG" TUSZYN

WYWIAD DOTYCZĄCY CHORÓB PRZEWLEKŁYCH
(WYPEŁNIA KURACJUSZ PRZED WIZYTĄ LEKARSKĄ)

IMIĘ I NAZWISKO: .....

PESEL: .....

1) CHOROBY PRZEWLEKŁE NA KTÓRE SIĘ PAN(I) LECZY:

- ..... - .....
- ..... - .....
- ..... - .....
- ..... - .....

2) LEKI KTÓRE PRZYJMUJE KURACJUSZ NA STAŁE:

- ..... - .....
- ..... - .....
- ..... - .....
- ..... - .....

3) CZY W OKRESIE OSTATNICH 5 LAT MIAŁO MIEJSCE LECZENIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ?

NIE **TAK**

- jaki nowotwór .....
- data .....

4) OBECNOŚĆ STYMULATORA SERCA:

NIE **TAK**

- jaki .....

5) OBECNOŚĆ IMPLANTÓW METALOWYCH W ORGANIŹMIE:
(np. proteza stawu, zespolenie kości, ciało obce itp.)

NIE **TAK**

.....
(data i podpis Kuracjusza)

WYPEŁNIAĆ DWUSTRONNIE

ZP "STEMAG" TUSZNO