

**FORMULARZ OCENY RYZYKA ZAKAŻENIA PRZED
WYKONANIEM PROCEDUR DIAGNOSTYCZNO-
ZABIEGOWYCH**

**Quadia - Pracownia Rezonansu
Magnetycznego Piaseczno**
ul. Adama Mickiewicza 39
05-500 Piaseczno
na terenie Szpitala im. św. Anny
tel. 22 256 66 66 | quadia.pl

Imię i nazwisko Data urodzenia

*** właściwe zakreślić lub dopisać odpowiedzi w wyznaczonym miejscu.**

Czynniki Ryzyka	TAK	NIE
Hospitalizacja pobyt w domach pomocy społecznej zakładach opiekuńczych w ostatnich 6 miesiącach? *		
Zabiegi stomatologiczne zabiegi operacyjne badania inwazyjne (endoskopia, biopsja itp.) zabiegi kosmetyczne (manicure, golenie itp.) wykonywane w ostatnich 6 miesiącach? *		
Antybiotykoterapia w ostatnich 3 miesiącach?		
Zabiegi z naruszeniem ciągłości skóry: iniekcje kroplówki pobranie krwi toczenie krwi w ostatnich 6 miesiącach?		
Przebyte zakażenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi w przeciągu ostatnich 12 miesięcy? Jakże?		
Nawrotowe procesy zapalne: Zatok przydatków układu moczowego inne:		
Przewlekłe zakażenia: WZW B WZW C gruźlica HIV inne?		
Choroby zakaźne występujące w bliskim otoczeniu pacjenta: biegunka ospa wietrzna półpasiec gruźlica WZW-A inne? *		
Choroby przewlekłe: cukrzyca niewydolność krążenia niewydolność nerek inne? *		
Zmiany skórne rany odleżyny tatuaże duże blizny kolczyki *		
Cewnik moczowy stomia cewnik naczyniowy rurka tracheotomijna inne?		
Radioterapia chemioterapia sterydoterapia hormonoterapia? *		
Dializoterapia?		
Nałogi: palenie tytoniu / alkoholizm / narkotyki *		

Miejscowość i Data

Podpis