

**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. 505 122 580 | quadia.pl

Imię i nazwisko Data urodzenia

Czynniki Ryzyka	TAK	NIE
Hospitalizacja / pobyt w domach pomocy społecznej / zakładach opiekuńczych, itp. 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?		
Wcześniej przebyte zakażenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi w przebiegu ostatnich 12 miesięcy? Jakże? *		
.....		
Nawrotowe procesy zapalne (np. zatoki, przydatków, układu moczowego, itp.)?		
Przewlekłe zakażenia np. WZW B / WZW C / gruźlica / HIV, AIDS 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 / obszerne blizny / kolczyki *		
Cewnik moczowy / stomia / cewnik naczyniowy / rurka tracheotomijna / inne?		
.....		
Radioterapia / chemioterapia / sterydoterapia? *		
Dializoterapia?		
Nałogi: palenie tytoniu / alkoholizm / narkotyki *		

* właściwe zakreślić lub dopisać odpowiedzi w wyznaczonym miejscu.

Miejscowość i Data

Podpis