

Załącznik nr 1 do ogłoszenia Zarządu Powiatu Kaliskiego na wybór realizatora w latach 2021-2022 Programu Edukacji Zdrowotnej wykrywania zakażeń HBV i HCV oraz szczepień przeciwko WZW typu B realizowanego przez Powiat Kaliski w ramach projektu „Program edukacji zdrowotnej, wykrywania zakażeń HBV i HCV oraz szczepień przeciwko WZW typu B na terenie Aglomeracji Kalisko - Ostrowskiej”.

ANKIETA KWALIFIKUJĄCA

Ocena ryzyka zakażenia wirusem C i B zapalenia wątroby¹

Osoba aktywna zawodowo: ☐ TAK ☐ NIE

Jestem mieszkańcem Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej: ☐ TAK ☐ NIE

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna Wiek:

Nr badania: _____ Liczba pobytów w szpitalach:

CZYNNIKI KWALIFIKUJĄCE	TAK	NIE
Deklaruję, że wykonywano u mnie:		
Drobne zabiegi medyczne, np. usunięcie znamienia, usunięcie zęba, szycie rany		
Zabiegi diagnostyczne takie jak: kolonoskopia, gastroscopia, bronchoskopia		
Zabiegi operacyjne		
Częste pobieranie krwi i podawano mi leki w iniekcjach		
Przetoczenie krwi lub produktów krwiopochodnych przed 1993 rokiem		
Deklaruję, że:		
Jestem pracownikiem opieki zdrowotnej/bezpieczeństwa publicznego narażonym na kontakt z krwią i płynami ustrojowymi		
Jestem pracownikiem salonu kosmetycznego, fryzjerskiego, studia tatuażu		
Jestem/byłam/em leczona/y hemodializami lub dializami		
Byłem leczony z powodu zapalenia wątroby typu B		
Posiadam lub posiadałam/em tatuaż i/lub kolczyki		
Często korzystam z usług fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażysty, piercingu		
Dożylnie lub donosowo przyjmuję lub przyjmowałam/em środki odurzające (min.1 raz)		
Mieszkam/mieszkałam/em z osobą zakażoną HCV, HBV		
Korzystam ze wspólnych narzędzi kosmetycznych i szczoteczki do zębów		
Stwierdzono u mnie kilkakrotnie nieprawidłowy wzrost aktywności aminotransferazy alaninowej (ALAT)		
Jestem zakażony wirusem HIV		
Przebywałam/em w zakładzie karnym/areszcie śledczym		

¹ Właściwe zaznaczyć.

Przyjmuję leki cytotoksyczne lub immunosupresyjne		
Posiadam ryzykowne kontakty seksualne (>1 partnera seksualnego przez ostatnie 6 miesięcy)		
Jestem w ciąży		
Miałem wykonywaną akupunkturę		
(wypełnia personel medyczny)		
Osoba kwalifikowana do badań diagnostycznych ☐ TAK ☐ NIE liczba wskazań		

Wyrażam zgodę na:

- udział w Programie edukacji zdrowotnej, wykrywania zakażeń HBV i HCV oraz szczepień przeciwko WZW typu B i przeprowadzenie badań diagnostycznych w kierunku zakażenia HCV i HBV

☐ TAK ☐ NIE

- pozostawienie pobranej próbki w banku krwi w celu przeprowadzenia dodatkowych badań diagnostycznych, gdy będzie to niezbędne

☐ TAK ☐ NIE

- przetwarzanie moich danych osobowych w związku z realizacją i ewaluacją programu zdrowotnego

☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam również, że nie korzystałam/em wcześniej z tego typu wsparcia (zarówno ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Narodowego Funduszu Zdrowia, budżetu Państwa lub ze środków samorządowych) w przeciągu ostatnich 2 lat poprzedzających dzień przystąpienia do programu.

W przypadku dużego zainteresowania udziałem w projekcie, decyduje kolejność zgłoszeń (złożenia ankiety kwalifikującej).

Miejscowość i data _____

Podpis Uczestnika programu _____

PESEL Uczestnika programu _____ **/data urodzenia** _____

Wykształcenie _____ **/ Zawód** _____

Miejsce zamieszkania _____

Status na rynku pracy _____

Telefon kontaktowy do Uczestnika programu _____

