

**SKRÓCONY WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY**  
**(dotyczy występowania bakterii u pacjenta kierowanego**  
**do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego „Hanna” w Ostrowie Wlkp. przy**  
**ul. Konopnickiej 41a tel. 62 591 33 11 )**  
*(wypełnia lekarz kierujący do ZPO - prowadzący w szpitalu, lekarz POZ)*

Imię i nazwisko (pacjenta) ..... PESEL (pacjenta) .....

1. Czy w ostatnich 3 miesiącach pacjent przebywał w szpitalu? TAK / NIE \*

Jeśli tak, to gdzie? (adres) ..... okres pobytu? .....

2. Czy podczas pobytu w szpitalu stwierdzono u pacjenta występowanie niżej wymienionej/ych bakterii:

- |                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| - <b>Clostridium difficile</b>    | TAK / NIE * |
| - <b>Pseudomonas aeruginosa</b>   | TAK / NIE * |
| - <b>Klebsiella pneumoniae</b>    | TAK / NIE * |
| - <b>Escherichia coli</b>         | TAK / NIE * |
| - <b>Staphylococcus aureus</b>    | TAK / NIE * |
| - <b>Enterococcus Faecium</b>     | TAK / NIE * |
| - <b>Acinetobacter baumannii</b>  | TAK / NIE * |
| - <b>Streptococcus pneumoniae</b> | TAK / NIE * |
| - <b>Salmonella</b>               | TAK / NIE * |
| - <b>Neisseria gonorrhoeae</b>    | TAK / NIE * |
| - <b>Hemophilus influenzae</b>    | TAK / NIE * |
| - <b>Szczepy shigella</b>         | TAK / NIE * |
| - <b>Helicobacter pylori</b>      | TAK / NIE * |

3. Czy zakończono proces leczenia u pacjenta ( w przypadku stwierdzenia w/w bakterii) TAK / NIE \*

4. Czy aktualnie u pacjenta kierowanego do ZPO „Hanna” występują :

biegunka, wymioty, nudności, bóle brzucha \*

gorączka, kaszel \*

zmiany skórne \*

\* *właściwe podkreślić*

.....

data i podpis lekarza