

KÉRDŐÍV

A KRÓNIKUS VÍRUSOS MÁJGYULLADÁS RIZIKÓTÉNYEZŐINEK FELMÉRÉSÉRE

PÁCIENS NEVE:

TAJ:

	igen	nem	lehetséges
Felállították-e már Önnek a hepatitis B vagy hepatitis C fertőzés diagnózisát?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapott-e vérátömlesztést, vérkészítményt (pl. szülés vagy műtét kapcsán), vagy esett-e át szervátültetésen 1993 előtt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isznált-e valaha, akár csak egyszer is, injekciós, vagy orron át felszippantható kábítószer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolgozott-e az egészségügyben hosszú ideig, vagy jelenleg is ott dolgozik-e?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Előfordult-e, hogy hosszan tartó-, vagy ismétlődő kórházi kezelésben részesült, vagy nagy műtéten esett át?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Előfordult-e, hogy véradóként elutasították?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Részesült-e valaha műveke kezelésben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voltak-e ismételt emelkedett májenzim értékei? (ALT/GPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ön olyan területen született, ahol nagy számban fordul elő a vírusos hepatitisz B vagy hepatitisz C (pl.: Afrika, Ázsia, Románia, Ukrajna, Közel-Kelet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1970 előtt született?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Van-e, volt-e édesanyjának hepatitisz B vagy hepatitisz C fertőzése?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Van-e, volt-e édesanyjának ismeretlen eredetű májbetegsége?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Van-e, volt-e szexuális kapcsolata olyan személlyel, akiről tudja, hogy hepatitisz B vagy hepatitisz C fertőzött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapott-e hepatitisz B elleni védőoltást?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adott-e vért vagy plazmát vagy volt-e negatív eredményű hepatitisz B és hepatitisz C vírus vizsgálata az elmúlt 10 évben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

