

Szanowni Państwo!

Zapraszamy do udziału w Projekcie dotyczącym usprawnienia diagnostyki HCV w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Niniejsza ankieta służy zebraniu informacji dotyczących Państwa doświadczeń, które zostaną zanalizowane wraz z wynikami badań laboratoryjnych. Pozwoli to na opracowanie rekomendacji badań przesiewowych w kierunku HCV oferowanych przez lekarzy rodzinnych.

Ankieta jest całkowicie anonimowa. Zebrane informacje nie będą ujawniane i zostaną wykorzystane jedynie w celach naukowych.

Prosimy o udzielenie prawdziwych odpowiedzi. Tylko w ten sposób możemy ustalić ryzyko zakażenia WZW C.

Uwaga: W razie pojawienia się wątpliwości dotyczących pytań zawartych w ankiecie, prosimy o wstrzymanie się z odpowiedzią i skonsultowanie ich z osobą prowadzącą Projekt w Placówce.

Ogólny stan zdrowia

1. Czy zgodnie z Pana/i wiedzą choruje Pan/i lub kiedykolwiek chorował/a na :

- | | |
|--|---|
| hemofilie | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| cukrzycę | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| niewydolność serca/ chorobę wieńcową | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| astmę/POCHP | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| choroby nowotworowe | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| choroby nerek | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| powikłane urazy | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| inną chorobę przewlekłą, z powodu której był/a Pan/i hospitalizowany/a co najmniej 2 razy: | |
| <input type="checkbox"/> Tak, jaką? | <input type="checkbox"/> Nie |

2. Czy był/a Pan/i poprzednio badany/a w kierunku WZW C (HCV)?

- Tak
 Nie
 Nie wiem/nie pamiętam

2a. Jeśli TAK, to w jakich okolicznościach?

- podczas hospitalizacji (np. przed operacją)
 dawca krwi/kandydat na dawcę (po 1992 r.)
 nieprawidłowe próby wątrobowe, choroby wątroby, bóle brzucha
 stwierdzenie zakażenia u partnera/osoby z otoczenia
 badania osób szczególnie narażonych (np. osoby dializowane, osoby uzależnione, po ekspozycji zawodowej)
 z własnej inicjatywy
 inne okoliczności, jakie?.....

3. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/i dodatni wynik badania w kierunku HCV?

- Tak
 Nie
 Nie wiem/nie pamiętam

4. Czy chorował/a Pan/i lub był/a zakażony/a wcześniej?

- WZW A (żółtaczka pokarmowa) Tak Rok..... Nie Nie wiem
WZW B Tak Rok..... Nie Nie wiem
WZW C Tak Rok..... Nie Nie wiem
HIV Tak Rok..... Nie Nie wiem

Narażenia medyczne

5. Czy kiedykolwiek otrzymywał/a Pan/i transfuzje krwi lub preparatów krwiopochodnych (płytki, osocze, czynniki krzepnięcia, albuminy, immunoglobuliny)?

- Nie
 Tak, przed 1992 r. ile razy jaki preparat
 Tak, po 1992 r. ile razy jaki preparat
 Tak, nie pamiętam kiedy ile razy jaki preparat

6. Ile razy przebywał/a Pan/i w szpitalu (w ciągu całego życia pomijając moment narodzin)? (przyjęcie do szpitala, w tym pobytu jednodniowe i diagnostyczne)

- nigdy 1 -2 razy 3-4 razy 5 i więcej

7. Czy kiedykolwiek wykonywano u Pana/i następujące zabiegi:

- zabiegi stomatologiczne Tak Nie
endoskopie (np. gastroskopia, kolonoskopia, bronchoskopia) Tak Nie
proste zabiegi chirurgiczne (np. szycie rany, nacięcie ropnia, usunięcie znamienia) Tak Nie
biopsje Tak Nie
cięcia cesarskie Tak, ile razy ... Nie
zabiegi okołoporodowe (np. cięcie krocza) Tak, ile razy... Nie
operacje chirurgiczne (także laryngologiczne, kardiologiczne, ortopedyczne, ginekologiczne inne niż cięcie cesarskie,) Tak, ile razy... Nie
inne operacje/ zabiegi medyczne, jakie? Tak Nie
dializy Tak Nie

8. Czy w ciągu ostatniego roku były wykonywane u Pana/i zastrzyki (nie dotyczy pobrań krwi)?

- Tak Nie

8a. Jeżeli TAK, proszę podać całkowitą liczbę zastrzyków w ciągu ostatniego roku w każdej kategorii:

| | w szpitalu | w przychodni | w domu | w innym miejscu |
|--|------------|--------------|--------|-----------------|
| leki w zastrzykach (np. antybiotyki, przeciwbólowe, sterydy, witaminy) | | | | |
| szczepienia | | | | |
| znieczulenia (także u dentysty) | | | | |
| kontrast, testy diagnostyczne | | | | |
| włewy dożylnie (kroplówka) | | | | |

Narażenia pozamedyczne

9. Czy kiedykolwiek korzystał/a Pan/i z niżej wymienionych usług/zabiegów?

- tataże Tak, w studiu Tak, w innych warunkach Nie
- kolczykowanie Tak Nie
- akupunktura Tak Nie
- botox/mezoterapia Tak Nie
- manicure/pedicure w gabinecie kosmetycznym Tak Nie
- inne zabiegi kosmetyczne lub zabiegi medycyny niekonwencjonalnej, jakie?..... Tak Nie

10. Czy był/a Pan/i leczony/a z powodu uzależnienia od alkoholu (w oddziale odwykowym/detoksykacyjnym/ grupy AA)? Tak Nie

11. Czy kiedykolwiek przyjmował/a Pan/i narkotyki dożylnie lub donosowo?

- Tak, tylko dożylnie Tak, tylko donosowo Tak, i donosowo i dożylnie
- Nie

12. Czy przebywał/a Pan/i w instytucjach zamkniętych (wychowawczych, w areszcie lub więzieniu) przez czas dłuższy niż 3 miesiące? Tak Nie

13. Czy zgodnie z Pana/i wiedzą ktoś z Pana/i domowników obecnie lub w przeszłości:

a.) był/jest zakażony WZW C (HCV)?

- Tak, stopień pokrewieństwa/znajomości
- Nie

b.) Przyjmował/przyjmuje narkotyki dożylnie?

- Tak, stopień pokrewieństwa/znajomości.....
- Nie

c.) przyjmował/przyjmuje narkotyki donosowo?

- Tak, stopień pokrewieństwa/znajomości.....
- Nie

14. Czy zgodnie z Pana/i wiedzą którakolwiek z osób, z którymi utrzymuje/utrzymywał Pan/i kontakty seksualne:

- jest zakażony WZW C (HCV) Tak Nie
- przyjmował lub przyjmuje narkotyki dożylnie Tak Nie
- przyjmował lub przyjmuje narkotyki donosowo Tak Nie

Informacje ogólne

15. Płeć: Kobieta Mężczyzna

16. Rok urodzenia: |_|_|_|_|_|_|_|_|

17. Wykształcenie:

- Podstawowe/gimnazjum
- Zawodowe
- Średnie
- Policealne
- Wyższe/niepełne wyższe

18. Miejsce zamieszkania:

- miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
- miasto 50-99 tys. mieszkańców
- miasto 20-49 tys. mieszkańców
- miasto < 20 tys. mieszkańców
- wieś

19. Liczba osób w gospodarstwie domowym:

20. Miesięczny dochód na członka gospodarstwa domowego netto (średnio w ciągu ostatnich 12 miesięcy):

- poniżej 500 zł
- 500 – 1000 zł
- 1001 – 2500 zł
- 2501 – 4000 zł
- powyżej 4000 zł

21. Czy obecnie lub wcześniej wykonywał/a Pan/i któryś z poniższych zawodów/prac:

- zawód medyczny (z bezpośrednim kontaktem z chorym)
- sprzątanie/usuwanie odpadów medycznych
- praca w laboratorium diagnostycznym
- strażak
- pracownik służby więziennej
- pracownik służby porządkowo-prewencyjnej
- praca z osobami uzależnionymi/bezdomnymi

- Tak Jaki? Nie
- Tak Nie
- Tak Nie
- Tak Nie
- Tak Nie
- Tak Nie
- Tak Nie

Bardzo dziękujemy za poświęcony czas.