

WYWIAD DOTYCZĄCY RYZYKA ZDROWOTNEGO W PODRÓŻY

Dane personalne

Imię i nazwisko: Data urodzenia:
Nr telefonu: Płeć: ☐ M ☐ K

Termin podróży

Data wyjazdu:
Data powrotu lub długość wyjazdu:

Szczegółowy plan podróży

Planowane kraje:	Długość pobytu:
1.	
2.	
3.	
Planowane następne wyjazdy:	

Proszę zaznaczyć określenia dotyczące planowanej podróży

1. Cel:	☐ Służbowo	☐ Urlop	☐ Inny
2. Rodzaj wakacji:	☐ Zorganizowane	☐ Indywidualne	☐ Z plecakiem
	☐ Kamping	☐ Rejs statkiem	☐ Trekking
3. Zakwaterowanie:	☐ Hotel	☐ Rodzina/znajomi	☐ Inne
4. Podróżowanie:	☐ Samolot	☐ Samochód	☐ Inne
5. Pobyt na terenach:	☐ Wiejskich	☐ Miejskich	☐ Górskich
6. Planowane aktywności:	☐ Safari	☐ Nurkowanie	☐ Inne

Wywiad medyczny

Przewlekłe choroby (np.: cukrzyca, choroby serca, płuc)

Przyjmowane leki

Przebyta/obecna infekcja, gorączka

Alergie/uczulenia (np.: jaja, antybiotyki, orzechy, lateks)

Poważne odczyny występujące po wcześniejszych szczepieniach

Słonności do omdleń/padaczka/zaburzenia psychiczne

Przebyta ostatnio radioterapia, chemoterapia lub leczenie sterydami lub preparatami krwi

TYLKO KOBIETY: Czy jest Pani lub planuje w najbliższym czasie ciążę lub karmi Pani piersią? Stosowana antykoncepcja

Czy wykupione zostało ubezpieczenie i czy w przypadku występujących schorzeń Towarzystwo Ubezpieczeniowe zostało o nich poinformowane?

Historia dotychczasowych szczepień (rok, ilość dawek – jeśli możliwe)

☐ Tężec	☐ Polio	☐ Błonica
☐ Dur brzuszny	☐ WZW typu A	☐ WZW typu B
☐ Meingokoki	☐ Żółta febra	☐ Grypa
☐ Wścieklizna	☐ Japońskie zapalenie mózgu	☐ Odkleszczowe zapalenie mózgu
☐ Inne		

Gdy zostanie omówiona ocena ryzyka podczas wizyty

Oświadczam, że otrzymałam/am informacje na temat ryzyka i korzyści płynących ze szczepień, które mi zalecono i miałam/am możliwość zadania pytań i otrzymałam na nie wyczerpujące odpowiedzi. Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie szczepienia. Oświadczam, że podczas wywiadu i badania nie zataiłam/am żadnych istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, badań oraz przebiegłych chorób.

Data Podpis pacjenta

Wypełnia lekarz

Imię i nazwisko pacjenta:

Omówienie ryzyka związanego z podróżą:

☐ Tak ☐ Nie

Badanie przedmiotowe:

RR / HR /min. temp

Przeciwwskazania do szczepienia:

☐ Tak ☐ Nie

Szczepienia zalecane przed tą podróżą

Profilaktyka	I dawka	II dawka	III dawka	Preparat, seria
WZW typu A				
WZW typu B				
Dur brzuszny				
Cholera				
Tężec				
Błonica				
Polio				
Meingokoki				
Żółta febra				
Wścieklizna				
Japońskie zapalenie mózgu				
Inne				

Porady udzielone i wydane ulotki informacyjne podczas wizyty

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Woda, żywność i higiena osobista | ☐ Biegunka podróży | ☐ WZW typu B i HIV |
| ☐ Zapobieganie ukąszeniom owadów | ☐ Ugryzienia zwierząt | ☐ Wypadki |
| ☐ Ubezpieczenie | ☐ Podróż samolotem | ☐ Ochrona przed słońcem |
| ☐ Strony www | ☐ Wizyty u innych specjalistów: stomatolog, okulista... | ☐ Profilaktyka malarii |

Oświadczam, że podczas wizyty zostały wyczerpująco omówione wszystkie powyższe tematy

Data Podpis pacjenta

Zalecona profilaktyka przeciwko malarii

- ☐ Atovaquone + proguanil (Malarone)
☐ Chlorochina
☐ Doksycyklina
☐ Mefloquine (Lariam)
☐ Informacje na temat malarii

Dodatkowe informacje/wystawione recepty:

Data Podpis pacjenta