

Załącznik nr 2 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

Szczepienia przeciwko WZW typu B²

Osoba aktywna zawodowo: TAK NIE

Jestem mieszkańcem Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej: TAK NIE

Płeć: kobieta mężczyzna Wiek:

Nr badania: _____ Urodziłam/em się w roku 1986 lub później: TAK NIE

| CZYNNIKI KWALIFIKUJĄCE | TAK | NIE |
|--|------------|------------|
| Część A: Deklaruję, że: | | |
| Byłem szczepiony przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B | | |
| Jestem pracownikiem opieki zdrowotnej/bezpieczeństwa publicznego | | |
| Studiuję na kierunku medycznym | | |
| Mieszkam/mieszkałam/em z osobą zakażoną HBV | | |
| Jestem/byłem leczony z powodu przewlekłego zapalenia wątroby typu C/ Jestem zakażony HCV | | |
| Jestem/byłam/em leczona/y hemodializami lub dializami/Niewydolność nerek | | |
| Jestem/byłem leczony z powodu przewlekłego zapalenia wątroby typu B | | |
| Część B: Deklaruję, że: | | |
| Jestem pracownikiem/mieszkańcem placówki dla osób niepełnosprawnych umysłowo | | |
| Podejrzewam u siebie zakażenie HCV/HBV | | |
| Przebywam/przebywałam/em w zakładzie karnym/areszcie śledczym | | |
| Posiadam przewlekłą chorobę wątroby | | |
| Leczę się z powodu cukrzycy | | |
| Leczę się na choroby przenoszone drogą płciową | | |
| Przyjmuję leki immunosupresyjne | | |

² Właściwe zaznaczyć.



| | | |
|--|--|--|
| Jestem zakażony wirusem HIV | | |
| Dożylnie lub donosowo przyjmuje środki odurzające | | |
| Posiadam ryzykowne kontakty seksualne (więcej niż 1 partner seksualny przez ostatnie 6 miesięcy) | | |
| Chcę się zaszczepić przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B | | |
| <small>(wypełnia personel medyczny)</small> | | |
| Osoba kwalifikowana do szczepienia (ankieta) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE liczba wskazań | | |
| <small>(wypełnia personel medyczny)</small> | | |
| Osoba kwalifikowana do szczepienia (badanie lekarskie) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | |

Wyrażam zgodę na:

- udział w Programie edukacji zdrowotnej, wykrywania zakażeń HBV i HCV oraz szczepień przeciwko WZW typu B i dobrowolnie po uzyskaniu niezbędnych informacji chcę wykonać szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B

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 _____

