

## ANKIETA OSOBOWO-MEDYCZNA

(Proszę wypełniać drukowanymi literami)

### I. Data wypełnienia

.....

### II. Dane osobowe

- Imię i nazwisko:

.....

- Adres:

.....

- Tel. Kontaktowy:

.....

- Adres e-mail:

.....

- PESEL:

.....

- Data, miejsce i kraj urodzenia

.....

- Płeć:

K     M

- Wzrost [w centymetrach]

.....

- Waga [w kilogramach]

.....

### III. Wywiad zdrowotny

#### 1. Dotyczy pobrania wymazu z górnych dróg oddechowych:

a) czy chorujesz na hemofilię:

TAK     NIE

**Uczestnik ze stwierdzoną hemofilią jest wykluczony z badania - ryzyko wystąpienia krwawienia z nosa.**

b) czy przyjąłeś w ciągu ostatnich 3 dni szczepionkę donosowo na grypę typu A:

TAK     NIE

**Uczestnik po szczepieniu donosowym może zgłosić się na pobranie po 3 dobach od szczepienia.**

c) czy w ciągu 1 m-ca wystąpiło:

➔ Przeziębienie:

TAK     NIE

➔ zakażenia górnych dróg oddechowych (GDO):

zapalenie gardła i  
migdałków     zapalenie ucha  
środkowego

zapalenie zatok     zapalenie nagłośni  
przynosowych

zapalenie krtani     żadne z powyższych

➔ zakażenia dolnych dróg oddechowych (DDO):

ostre zapalenie  
oskrzeli     ostre zapalenie  
oskrzelików

zapalenie płuc     grypa

żadne z powyższych

d) czy wiadomo co było czynnikiem zakaźnym

TAK     NIE

Jakie: .....

#### 2. Dotyczy dostarczonej do laboratorium próbki moczu:

a) czy w ciągu 12 m-cy wystąpiło zakażenie układu moczowego

TAK     NIE

b) czy wiadomo co było czynnikiem zakaźnym:

TAK     NIE

Jakie: .....

### 3. Dotyczy dostarczonej do laboratorium próbki kału

a) czy przyjąłeś w ciągu ostatnich 10 dni szczepionkę doustną w kierunku rotawirusów  TAK  NIE

**Uczestnik po szczepieniu doustnym może zgłosić się na pobranie po min. 10 dobach od szczepienia.**

b) czy w ciągu 12 m-cy wystąpiło zakażenie układu pokarmowego:  TAK  NIE

c) czy wiadomo co było czynnikiem zakaźnym  TAK  NIE

bakteryjne  wirusowe  pasożytnicze

Jakie: .....

### 4. Dotyczy pobrania krwi:

a) czy chorujesz na hemofilię? – wypełnij, jeśli pobierana jest krew  TAK  NIE

**Uczestnik ze stwierdzoną hemofilią jest wykluczony z badania**

b) czy wystąpiło zakażenia krwi:  HIV  HCV  
 HBV  bakterie\*  
 inne\*

\*Jakie: .....

6. Czy chorujesz na choroby przewlekłe?  TAK  NIE

Jakie: .....

7. Czy przyjmujesz regularnie leki (również aspirynę, leki przeciwwkrzepliwne, suplementy)?  TAK  NIE

Jakie i dawka: .....

8. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin zostały zażyte leki lub suplementy?  TAK  NIE

Jakie i dawka: .....

### 9. Czy wystąpiły u Ciebie:

uczulenie  alergia  
 nietolerancja  żadne z wymienionych

\*Jaka/ie? .....

### 10. Czy w Twojej rodzinie wystąpiły:

zawał mięśnia sercowego  udar mózgu  
 nagły zgon  nadciśnienie tętnicze  
 cukrzyca\*  uczulenia\*  
 alergia\*  nadwrażliwość\*  
 nowotwór\*  choroby metaboliczne\*

żadne z wymienionych

\*Jaka/ie? .....

11. Czy palisz papierosy:  TAK  NIE  nie dotyczy

Ile lat? .....

Ile paczek dziennie? .....

**12. Czy uprawiasz sport:**  TAK  NIE

Jaki? .....

Ile godzin tygodniowo? .....

**13. Jak oceniasz swój stan zdrowia?** .....

**14. Czy jesteś w ciąży?**  TAK  NIE  nie dotyczy

**15. Czy stosujesz dietę?**  TAK  NIE

Jaką? .....

Co zostało spożyte w .....

ciągu ostatnich 24h? .....

.....

Czy spożywasz mięso:  TAK  NIE

**17. Karmienie w przypadku dzieci do 2 r.ż.:**  preparaty mlekozastępcze  mleko matki  stały pokarm

Inny: .....

Rodzaj pokarmu: .....

**Dostarczona próbka kału i/lub moczu:**

a) data i godzina zbierania próbki: .....

b) czy próbka została przechowywana w odpowiednich warunkach od momentu  TAK  NIE  
pobrania do dostarczenia do biobanku?

c) czy próbka została zabezpieczona przed skażeniem?  TAK  NIE

.....  
**Czytelny podpis**