



**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY PRAKTYKANTA, STAŻYSTY, WOLONTARIUSZA,
inne**

CZĘŚĆ A

Stażysta Praktykant Inny

Imię i Nazwisko

Nr telefonu/email

Adres zamieszkania

Aktualne zatrudnienie SZPITAL PORADNIA NIE DOTYCZY

Rodzaj zatrudnienia ETAT KONTRAKT NIE DOTYCZY

INNE _____

Miejsce zatrudnienia

Uczelnia

Staż pracy

Data ważności zaświadczenia
o zdolności do pracy

CZĘŚĆ B

Komórka organizacyjna Centrum
Onkologii

Opiekun ze strony Centrum Onkologii

Data rozpoczęcia pobytu

Data zakończenia pobytu

Liczba dni pobytu w
tygodniu

Liczba godzin pobytu
dziennie

Diżury nocne TAK NIE Kontakt z pacjentem TAK NIE Udział w operacjach TAK NIE

CZĘŚĆ C

Ankieta epidemiologiczna

Czy jesteś alergikiem? TAK NIE Jeśli tak, wymień jakie:

Czy chorujesz na astmę? TAK NIE

Czy masz problemy ze
zmianami skórnyimi? TAK NIE Jeśli tak, wymień jakie:



**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY PRAKTYKANTA, STAŻYSTY, WOLONTARIUSZA,
inne**

Czy jesteś uczulony na lateks? TAK NIE

Czy była oznaczana obecność antygenu HBs? TAK NIE

Jeśli tak, podaj datę i wynik:

Czy wykonano szczepienie przeciwko WZW typu B ? TAK NIE

Czy po szczepieniu było wykonane badanie poziomu przeciwciał anti-HBs? TAK NIE

Jeśli tak, podaj datę i wynik:

Czy była oznaczana obecność przeciwciał anti-HCV? TAK NIE

Jeśli tak, podaj datę i wynik:

Czy było przeprowadzane badanie na HIV? TAK NIE

Czy wystąpiła kiedykolwiek ekspozycja zawodowa (zakłucie, skaleczenie)? TAK NIE

Jeśli tak podaj datę i rodzaj ekspozycji

Oświadczenie

Oświadczam, że na wszystkie pytania odpowiedziałem/am zgodnie ze stanem faktycznym i moją najlepszą wiedzą, oraz że nie jestem świadomy/a występowania u mnie jakichkolwiek schorzeń, które mogłyby mieć wpływ na moją zdolność do wykonywania obowiązków zawodowych na powyższym stanowisku.

Data i podpis

Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji odbywanych na terenie Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy praktyki/stażu/wizytacji.

Data i podpis