

**ZAŁĄCZNIK NR 1**  
do umowy Nr W/UB/DSP/.....//2011  
z dnia .....2011 r.

.....  
/pieczętka zakładu prowadzącego program /

**Ankieta Nr ...../11**

Nazwisko ..... Imię .....

Adres: Białystok , ul. ....

PESEL.....

**1. Płeć:**  kobieta ,  mężczyzna

**2. Wiek:** ....lat

**3. Czy zdarzyło Ci się używać cudzej golarki, cząpek do skórek lub szczoteczki do zębów?**

tak  nie

**4. Czy korzystasz z usług kosmetyczki bądź fryzjera?**

tak  nie

**5. Czy kiedykolwiek miałeś(aś) wykonywany manicure lub pedicure?**

tak  nie

**6. Czy przechodziłeś(aś) zabieg medyczny np. zastrzyk, pobieranie krwi, usunięcie znamienia, zabieg stomatologiczny?**

tak  nie

**7. Czy upiększasz swoje ciało kolczykami lub tatuażami?**

tak  nie

**8. Czy kiedykolwiek byłeś(aś) leczony(a) w szpitalu?**

tak  nie

**8. Czy byłeś(aś) poddawany(a) zabiegom diagnostycznym, w trakcie których mogło dojść do kontaktu z krwią, np. kolonoskopia, gastroskopia?**

tak  nie

**9. Czy przed 1992 rokiem przetaczano Ci krew lub produkty krwiopochodne?**

tak  nie

**10. Czy zdarzyło ci się przyjąć narkotyk drogą dożylną?**

tak  nie

Udzielenie przynajmniej jednej odpowiedzi **TAK** kwalifikuje do badania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu opracowania danych w zakresie prowadzonego programu na wykonanie w 2011 roku badań na obecność przeciwciał wirusa HCV we krwi- test anti-HCV dla mieszkańców miasta Białegostoku w wieku 30-40 lat.

.....  
( data, czytelny podpis osoby uczestniczącej w programie)