

Kimlik no: _____

Tarih: ____ / ____ / ____
(ay) (gün) (yıl)

Hepatit C' ye yakalanma tehlikeniz var mı?

Aşağıdaki sorular sizin için hepatit C virüs enfeksiyonuna yakalanma tehlikesi olup olmadığına karar vermemize yardımcı olacak. Size uyan kutuları işaretleyiniz. Şahs i soruları yazılı olarak cevaplamak

istemezseniz, aşağıdaki risk faktörlerinin size uyanlarının hangileri olduğunu sağlık görevlisine bildiriniz. Sağlık görevliniz size hepatit C testi ve tedavisi için önerilerde bulunacaktır.



	Evet	Hayır	Emin değilim
1. Temmuz 1992 den önce kan transfüzyonu aldınız mı veya organ (kalp, akciğer, karaciğer, pankreas, böbrek) transplantasyonu oldunuz mu?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 1987 den önce üretilmiş pıhtılaşma faktör konsantrasyonları aldınız mı?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hiç uzun süreli hemodializ oldunuz mu?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Karaciğer probleminiz olduğunu gösteren kan testi sonuçlarınız oldu mu?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bir sağlık kuruluşunda çalışırken iğne batması yaralanmanız oldu mu?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Siz doğduğunuzda anneniz hepatit C hastası mıydı?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hepatit C hastalığı olan bir kişiyle diş fırçası, jilet veya üzerinde (görünür veya olmayan) kan olan bir malzeme paylaştınız mı?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hepatit C li bir cinsel eşiniz oldu mu?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sizin veya cinsel eşinizin cinsel yolla bulaşan bir hastalığınız oldu mu?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Yıllarca önce sadece bir kerelik bile olsa siz veya cinsel eşiniz hiç yasadışı ilaç enjeksiyonu yaptınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Immunization Action Coalition
1573 Selby Avenue • St. Paul, MN 55104
(651) 647-9009 • www.immunize.org

Item #P2192-21 Turkish (3/01)