

# Questionário de Teste do Vírus Hepatite B e C

Data	Número		
Furigana ( )			
Nome	data de nascimento	anos	Sexo
( ID )			

<Coluna de Perguntas> Circule  os itens que se encaixam e preencha caso necessário.

1. Você planeja fazer outro teste de vírus de hepatite, além desse exame médico?

sim • não

2. Algum médico já te diagnosticou com doença hepática ou que a função hepática estava ruim?

sim • não

3. Você já passou por ampla gama cirúrgica (cirurgia grande)?

sim ( anos atrás) • não

4. (somente para mulheres). Já teve forte hemorragia durante a gravidez ou parto?

sim ( anos atrás) • não

5. Se respondeu [sim] nas perguntas 3 ou 4: Você faz testes regulares de função hepática?

sim • não

6. Você já fez teste para o vírus da Hepatite B?

sim ( anos atrás) • não • não sei

7. Você está sendo tratado atualmente ou já se tratou anteriormente para Hepatite B?

sim ( anos atrás) • não • não sei

8. Você já fez teste para o vírus da Hepatite C?

sim ( anos atrás) • não • não sei

9. Você está sendo tratado atualmente ou já se tratou anteriormente para Hepatite C?

sim ( anos atrás) • não • não sei

Após entender o propósito do teste de vírus da hepatite, você gostaria de fazer esse teste?

**Teste antígeno HBs • teste de vírus para Hepatite C** desejo • não des

Por favor, circule o item aplicável

ano mês dia

assinatura

(por favor, assine)