

Datum _____

Medicinskt frågeformulär

Var god texta tydligt!

Namn _____

Personnr _____

Å	Å	M	M	D	D				
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

Mobilnr _____

E-post _____

Reser till _____

Utlandsvistelsens längd & avresedatum _____

	Ja	Nej
Har du tidigare reagerat kraftigt på någon vaccination eller antibiotika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du allergisk mot äggvita eller är du allmänt mycket allergisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du gravid eller planerar att bli gravid närmaste månaden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vaccinerats de senaste fyra veckorna eller ska du vaccinera dig på annat håll den närmaste fyraveckorsperioden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlas du tillfälligt med hög dos kortisonpiller/cellgifter eller har du en sjukdom som påverkar immunförsvaret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du epilepsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon, för dig känd, blodsmitta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du blödarsjuka eller använder du blodförtunnande medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ordinerad vaccination

(fylls av vaccinationspersonal)

	Dos nr	Hö/Vä	Batch		Dos nr	Hö/Vä	Batch
DTP-P (difteri, stelkramp, kikhosta, polio)				Hepatit A - VUXEN			
DTP (difteri, stelkramp, kikhosta)				Hepatit A - BARN			
Polio				Hepatit B - VUXEN			
MPR (mässling, påssjuka, röda hund)				Hepatit B - BARN			
Vattkoppor				Kolera			
Bältros				Kolera - påfyllnad			
TBE - VUXEN				Gula febern			
TBE - BARN				Meningokock			
Hepatit A+B - VUXEN				Tyfoid			
Hepatit A+B - BARN				Japansk encephalit			
				Rabies			
				Malariapfylax			

Sign ordinator

Sign vaccinator