

## Medicinskt frågeformulär

Var god texta tydligt!

Namn \_\_\_\_\_ Personnr Å Å M M D D \_\_\_\_\_

Mobilnr \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

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"/>
Har du vaccinerats de senaste tre veckorna eller ska du vaccinera dig på annat håll den närmaste treveckorsperioden?	<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"/>
Är du gravid eller planerar att bli gravid närmaste tiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon, för dig känd, blodsmitta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ordinerad vaccination

(Ifylles av vaccinationspersonal)

	Dos nr	Hö/Vä	Sign		Dos nr	Hö/Vä	Sign
Boostrix Polio				Japansk encephalit			
Boostrix				Meningokock			
Dukoral				Pneumokock			
Dukoral booster				Polio			
Gula febern				FSME-Immun vuxen			
Hepatit A Havrix vuxen				FSME-Immun barn			
Hepatit A Havrix barn				Encepur vuxen			
Hepatit A Epaxal				Encepur barn			
Hepatit B Engerix vuxen				Tyfoid			
Hepatit B Engerix barn				Gardasil/Cervarix			
Hepatit A+B Twinrix vuxen							
Hepatit A+B Twinrix barn							
Influensa							
Malariaprofylax							

Vaccinationsläkarens sign \_\_\_\_\_