

# Medicinskt frågeformulär inför vaccination

## Vänligen texta!

<b>Efternamn:</b> _____	<b>Personnummer:</b> År      mån    dag    nr											
<b>Tilltalsnamn:</b> _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											
<b>Telefon bost:</b> _____	<b>Mobiltelefon:</b> _____											

  

	JA	NEJ
<b>Dagens datum:</b> _____		
Har Du någon sjukdom som påverkar immunförsvaret ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du... .. psoriasis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.. epilepsi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.. opererat bort mjälten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.. nedsatt syn med anledning av skada på näthinnan ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.. blödarsjuka eller använder Du någon blodförtunnande medicin t.ex "Waran" ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinerar Du mot någon tarmsjukdom ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinerar Du mot någon magsjukdom som hämmar saltsyreproduktionen i magsäcken ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lider Du av eller har Du haft depressiva besvär eller annan psykisk sjukdom (viktigt för att kunna ta ställning till eventuell malariaprofylax) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du eller behandlas Du för någon annan långvarig eller allvarlig sjukdom ? om ja - vilken ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är Du allergisk mot:		
neomycin (antibiotika) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
streptomycin (antibiotika) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
polymyxin B (antibiotika) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
annat antibiotika ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
om ja - vilket ?		
tiomersal (kvicksilverförening) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hönsäggvita ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
formaldehyd ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gelatin / polysorbat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aluminium ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du tidigare reagerat ogynnsamt på någon vaccination?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du tidigare fått någon biverkan av malariatabletter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är Du yrkespilot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer Du att ägna Dig åt sportdykning under resan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer Du att vistas på höjder över 3.000 meter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känner Du Dig fullt frisk och är feberfri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur mycket väger Du?		
<b>Kvinnor endast:</b>		
Är Du gravid eller <u>avser</u> Du bli gravid under resan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om Du är gravid - vilken vecka?		
Ammar Du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När fick Du senaste poliovaccinationen?		
Hur många poliovaccinationer är Du <b>helt säker</b> på att Du fått?		st
När fick Du senaste stelkramps- (tetanus-) vaccinationen?		
Hur många stelkrampsvaccinationer är Du <b>helt säker</b> på att Du fått?		st
När fick Du senaste difterivaccinationen?		
Hur många difterivaccinationer är Du <b>helt säker</b> på att Du har fått?		st
Har Du haft mässling eller tidigare fått vaccin mot mässling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du haft påssjuka eller tidigare fått vaccin mot påssjuka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvinnor endast: Har Du tidigare haft "röda hund" eller fått röda hund-vaccin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Namnteckning: _____		

