

Medicinskt frågeformulär inför vaccination

Vänligen texta!

Personnr:	Namn:
Din vikt: kg	
Resmål:	

Reseförhållanden

- Turistresa Affärsresa Sjukvårdsarbete Nära kontakt med befolkningen

- Känner du dig fullt frisk idag? Ja Nej.....
- Är du gravid? Nej Ja, vecka
- Planerar du att bli gravid? Nej Ja

Nuvarande sjukdomar

- Blodsjukdom Nej Ja
- Inflammatorisk tarmsjukdom Nej Ja
- Mjältopererad Nej Ja
- Nedsatt immunförsvar Nej Ja
- Psykiska besvär Nej Ja
- Transplanterad Nej Ja
- Tumörsjukdom Nej Ja
- Annan kronisk sjukdom Nej Ja

Medicinering

- Blodförtunnande medel Nej Ja
- Cellgiftsbehandling Nej Ja
- Kortisonbehandling (tabletter) Nej Ja, dos.....
- Annan behandling Nej Ja

Allergi

- Ägg Nej Ja
- Läkemedel Nej Ja
- Annan allergi Nej Ja

Reaktion på tidigare vaccinationer

- Nej Ja

Har du tagit de vaccinationer som erbjuds i barnvaccinationsprogrammet?

- Nej Ja,

Har du fått vaccination mot stelkramp/difteri de senaste 20 åren?

- Nej Ja,