

Medicinskt frågeformulär inför vaccination



Datum: _____ Vikt: _____

Namn: _____

Personnr: _____

Resmål: _____

Är du feberfri idag? Ja Nej

Är du gravid eller ammar du? Ja Nej

Planerar du att bli gravid inom närmaste månaden? Ja Nej

Vid feber, graviditet eller amning vaccinerar vi ej!

Nuvarande sjukdomar? _____

Nuvarande läkemedel och behandling?

Blodförtunnande medel? Ja Nej

Kortisonbehandling? Ja Nej

Läkemedel mot psykisk ohälsa? Ja Nej

Allergi

Ägg? Ja Nej

Annan allvarlig allergi? Ja Nej

Har du fått vaccin mot difteri/stelkramp/kikhosta senaste 20 åren? Ja Nej

Har du haft mässling alt. tagit två vaccindoser mot mässling? Ja Nej

Övrigt för kännedom _____