

Medicinskt frågeformulär inför vaccination hos läkare

Personnr: Namn:

Resmål:

Datum för avresa: Datum för hemkomst:

Reseförhållanden Turistresa Affärsresa Sjukvårdsarbete Nära kontakt med befolkningenKänner du dig fullt frisk idag? Ja Nej,Är du gravid? Nej Ja, veckaPlanerar du att bli gravid? Nej Ja

Vikt: kg

Nuvarande sjukdomarBlodsjukdom Nej Ja,Diabetes Nej Ja,Inflammatorisk tarmsjukdom Nej Ja,Mjältoopererad 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 (tabl) Nej Ja, dos.....Annan behandling Nej Ja,**Allergi**Ägg Nej Ja,Läkemedel Nej Ja,Annan allergi Nej Ja,**Reaktion på tidigare vaccinationer** Nej Ja,

Tidigare vaccinationer

Vilka av följande vaccinationer har du tidigare tagit och i så fall hur många doser?

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Hepatit A (Havrix, Epaxal) | <input type="checkbox"/> Dos 1 | <input type="checkbox"/> Dos 2 | |
| Hepatit B (Engerix-B, Fendrix) | <input type="checkbox"/> Dos 1 | <input type="checkbox"/> Dos 2 | <input type="checkbox"/> Dos 3 |
| Hepatit A+B (Twinrix, Ambirix) | <input type="checkbox"/> Dos 1 | <input type="checkbox"/> Dos 2 | <input type="checkbox"/> Dos 3 |

Har du tagit de vaccinationer som erbjuds i barnvaccinationsprogrammet?

- Nej Ja, ev kommentar

I vilket land har du fått dessa vaccinationer?

- Sverige Annat land, specificera

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

- Nej Ja,

För personer födda före 1981:

Har du vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR, MMR)?

- Nej Ja: Dos 1 Dos 2 Ev kommentar.....

Om nej: Har du haft mässling? Nej Ja

Övriga vaccinationer:

.....

.....