

Medicinskt frågeformulär inför vaccination

Vänligen texta!

Efternamn: _____	Personnummer:			
	År	mån	dag	nr
Tilltalsnamn: _____	-			
Telefon bost: _____	Mobiltelefon: _____			

Dagens datum: _____	JA	NEJ
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 malariaproylax) ?	<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"/>
latex ?	<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? _____		
Kvinnor endast:		
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?	_____	st
Hur många poliovaccinationer är du helt säker på att du fått?	_____	st
När fick du senaste stelkramps- (tetanus-) vaccinationen?	_____	st
Hur många stelkrampsvaccinationer är du helt säker på att du fått?	_____	st
När fick du senaste difterivaccinationen?	_____	st
Hur många difterivaccinationer är du helt säker 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: _____		

