

Vänligen texta!



För att vi ska kunna ge Dig bästa råd inför Din vaccination ber vi Dig fylla i uppgifterna nedan. Dina uppgifter är sekretessbelagda, precis som all annan information inom hälso- och sjukvård. Vårt datasystem är inte uppkopplat till något centralt register.

Personnummer: -

Efternamn: Tilltalsnamn

Jag vill bli påmind om nästa vaccinationstillfälle via SMS Mobilnr.:

Har ej mobil E-mail:

Vart ska du resa?:

Vilket datum reser du?: Resans längd:

- | | JA | NEJ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du tidigare reagerat negativt på någon vaccination?
Om Ja , berätta här | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har Du feber/ någon pågående infektion?
Om Ja , vad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Är Du överkänslig/ allergisk mot något (t.ex. ägg eller antibiotika)?
Om Ja , vad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har Du fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna?
Om Ja , vilket/vilka? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Använder Du regelbundet något läkemedel?
Om Ja , vad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Har Du någon kronisk sjukdom (t.ex. SLE eller MS)?
Nedsatt immunförsvar, t.ex. HIV?
Kortisonbehandling, cellgiftsbehandling, bortopererad mjälte?
Annat?
Om Ja , vad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Använder Du någon blodförtunnande medicin (t.ex. Waran el Trombyl?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Lider Du av depression eller annan psykisk sjukdom
(viktigt för att kunna ta ställning till ev. malariapfylax)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kvinnor: Är Du gravid eller avser Du bli gravid (inför resan)/Ammar Du? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Namnunderskrift / Målsman

Datum (åååå/mm/dd)