



Vaccinationsformulär

Närsjukvården i Finspång

Personnummer:

Namn:

Tel:

E-mail:

| Dagens datum | | | | Ja | Nej | |
|---------------------------------|------------------------------------|---|----|--|--------------------------|--------------------------|
| Resmål | | Överkänslighet för ägg? Höns? Fjäder? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | Överkänslig för antibiotika, t ex sulfa? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | Allergi (astma, eksem etc)? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Tätort <input type="checkbox"/> | Landsbygd <input type="checkbox"/> | | | Psoriasis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Typ av resa | | Behandling med kortison eller cellgifter? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | Strålbehandling? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Avresedatum | | Blodförtunnande medicin etc? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hemresedatum | | Gravid? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Tidigare vaccinationer | År | | År | Pågående sjukdom i mage, leder, luftvägar? | | |
| Hepatit A | | Stelkramp | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hepatit B | | Mässling | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gula febern | | Påssjuka | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kolera/ETEC | | Röda hund | | | | |
| Tyfoid | | Tuberkulos | | | | |
| Polio | | Tuberkulinprov | | | | |
| Övrig vaccination | | | | Eventuell kommentar | | |

Namnteckning:

Revisionsdatum

2015-01-23