

Spørreskjema ved vaksinerings

Konfidensielt

Navn:	Personnummer:
Telefon hjem:	Telefon arbeid:

Dagens dato: JA NEI

Har du eller har du hatt:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| noen sykdom som påvirker immunforsvaret | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kreftsykdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| psoriasis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hjerne-kar sykdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| epilepsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| blødersykdom eller bruker du blodfortynnende medisin f.eks "Marevan" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nedsatt produksjon av magesyre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| operert bort milten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| øyesykdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| depresjon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| leddgikt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annen kronisk sykdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hvilken..... | | |

Bruker du kortison, cellegifter eller medisin som påvirker immunforsvaret JA NEI

Bruker du medisiner mot mage- eller tarmsykdom JA NEI

Bruker du andre medisiner fast: hvilken..... JA NEI

Har du tidligere reagert uheldig på vaksinasjon JA NEI

Har du tidligere fått bivirkninger av malariatabletter? JA NEI

Er du allergisk mot:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| antibiotika for eksempel penicillin/ sulfa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kvikksølv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| egg, høns eller hønsefjær | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| annet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvor mange vaksiner er du sikker på at du har fått, og når fikk du siste vaksinasjon av:

- | | | |
|---------------|--------------|-------------|
| Polio: | antall | siste |
| Stivkrampe: | antall | siste |
| Difteri: | antall | siste |
| Havrix(Hep A) | antall | siste..... |
| Hepatitt-B | antall | siste |
| Twinrix | antall | siste |

For kvinner:

Er du gravid eller planlegger du å bli det? JA NEI

Dersom du er gravid – hvilken uke i svangerskapet?

Ammer du? JA NEI

- Har du hatt malaria eller annen tropesykdom tidligere?
- Har du tidligere brukt malariaprofylakse? Hvilken.....
- Har du skaffet deg beskyttelse mot myggstikk som myggspray/-stift, myggnett?

Fyll ut opplysningene nedenfor så godt du kan!

Utreisedato	Land	Antall dager i landet	Sted	Tid per sted	Opphold kun i bymiljø	Opphold i bymiljø med dagsturer	Opphold kun på turiststeder	Opphold på landsbygd	Opphold under primitive forhold

Husk å ta med ditt vaksinasjonskort eller tilsvarende dokumentasjon til vaksineringen. Oppbevar alltid kortet sammen med passet!

Disse rubrikker utfylles av helsepersonellet!

Tidligere doser		Dato	Dato/sign:											
Antall	Siste	Vaksineprofylakse	Dose	Adm	Lege	S.pl	Dose	Adm	Lege	S.pl	Dose	Adm	Lege	S.pl
		Polio												
		Stivkrampe												
		Difteri												
		Duovaksine												
		Kolera/Etec												
		Hepatitt A												
		Hepatitt B												
		Twinrix												
		Gulfeber												
		Influenza												
		Pneumokokk												
		Rubella												
		Annet												