

Vaccinationsformulär

Dagens Datum:	
Personnummer:	
Namn:	
Telenummer (dagtid):	
När ska du resa?	
Hur länge skall du resa?	
Vilka länder ska du besöka, eventuell resrutt	

Besvara nedanstående frågor med kryss i ja/nej ruta

Ja Nej

Skall du bo under primitiva förhållanden under resan, tex vandra i djungel, bo i tält?		
Tar du kortisontabletter/cellgifter för någon sjukdom Om ja, vilken och vilken dos		
Har du någon långvarig och/eller allvarlig sjukdom? Om ja, vilken		
Använder du blodförtunnande läkemedel?		
Är du överkänslig för någonting tex ägg, kvicksilversalt, formalin, fenol, antibiotika tex neomycin, polymyxin, sulfa?		
Har du råkat ut för någon biverkan vid tidigare vaccination? Om ja, på vilket sätt		
Är mjälten bortopererad?		
Är du gravid?		
Har du vuxit upp utomlands?		
Har du haft smittsam gulsot?		
Har du önskemål om särskild sorts vaccin? Om ja, vilket		
För att underlätta korrekt ordination av vaccin till dig kan vårdpersonalen behöva kontrollera i vaccinationsregistret Svevac vilka vacciner som du tidigare fått. Samtycker du till det?		

Tidigare vaccinationer (ifylles av resenär)

Vaccin/sjukdom	Antal sprutor du fått	År
Difteri-Stelkramp <i>dTe Booster</i>		
Gula febern <i>Stamaril</i>		
Hepatit A <i>Havrix</i>		
Hepatit B <i>HbVaxPro</i>		
Hepatit A+B <i>Twinrix</i>		
Kolera, ETEC <i>Ducoral</i>		
Malariaprofylax		

Polio <i>Imovax Polio</i>		
TBE <i>Encepur/FSME</i>		

Ordination av vacciner

Vaccin/sjukdom	Ordination	Övrigt/Recept utfärdet
Difteri-Stelkramp <i>diTe Booster</i>		
Gula febern <i>Stamaril</i>		
Hepatit A <i>Havrix</i>		
Hepatit B <i>HbVaxPro</i>		
Hepatit A+B <i>Twinrix</i>		
Kolera, ETEC <i>Ducoral</i>		
Malariaprofylax		
Polio <i>Imovax Polio</i>		
TBE <i>Encepur/FSME</i>		

Ordinerat av:.....

Planering/Notering ang tex vaccinationsintervall

.....

.....

.....

.....

.....