

# Medicinskt frågeformulär

# Vänligen texta!

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

	JA	NEJ
Dagens datum: _____		
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 depression eller annan psykisk sjukdom (viktigt för att kunna ta ställning till eventuell malariaprofylax) ?	<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 ? _____		
kvicksilversalter (tiomersal, timerosal, mertiolat) ?	<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"/>
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?	_____	
<b>Kvinnor endast:</b>		
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?	_____	
Hur många poliovaccinationer är Du <b>helt säker</b> på att Du fått?	_____	st
När fick Du senaste stelkramps- (tetanus-) vaccinationen?	_____	
Hur många stelkrampsvaccinationer är Du <b>helt säker</b> på att Du fått?	_____	st
När fick Du senaste difterivaccinationen?	_____	
Hur många difterivaccinationer är Du <b>helt säker</b> 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"/>
Namn-teckning: _____		

