

# Medicinskt frågeformulär

# Vänligen texta!

|               |                |               |            |
|---------------|----------------|---------------|------------|
| Efternamn:    |                | Personnummer: |            |
| Tilltalsnamn: |                | År            | mån dag nr |
| Telefon bost: | Telefon mobil: | 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"/> |
| .. blödersjuka 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 malariaproxylax) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har Du eller behandlas Du för någon annan långvarig eller allvarlig sjukdom ?<br>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 ?  | <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 avser 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 differivaccinationen?  | _____                    |                          |
| Hur många differivaccinationer 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"/> |
| Namnteckning: _____  |                          |                          |