**FRÅGEFORMULÄR INFÖR VACCINATION**

**Fylls i av studenten:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | **Personnummer** |

Vilken utbildning går du? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jag önskar bli vaccinerad mot 🞏 Hepatit B 🞏 Mässling

* Är du allergisk mot ägg? 🞏 Ja 🞏 Nej
* Har du pågående infektion med feber? 🞏 Ja 🞏 Nej
* Är du gravid? 🞏 Ja 🞏 Nej
* Har du blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet 🞏 Ja 🞏 Nej   
   t ex waranbehandling?
* Har du reagerat med t ex yrsel, svimning, andnöd eller 🞏 Ja 🞏 Nej   
  utslag i samband med tidigare vaccination
* Behandlas du med kortison i tablett- eller injektionsform 🞏 Ja 🞏 Nej   
  eller behandlas med annat läkemedel som påverkar

immunförsvaret?

* Har du eller behandlas du för någon allvarlig eller 🞏 Ja 🞏 Nej   
  långvarig sjukdom?

Ange vilken:…………………………………………………….

* Är du allergisk mot antibiotika? 🞏 Ja 🞏 Nej

Ange vilken:……………………………………………………...

* Är du allergisk mot kvicksilversalter (tiomersal,meriolat)? 🞏 Ja 🞏 Nej
* Är du allergisk mot formaldehyd, aluminium eller gelatin? 🞏 Ja 🞏 Nej

Datum Namnteckning

**Fylls i av vårdpersonal:**

**Vaccination mot hepatit B im Hö arm Vä arm**

**Vaccination Mässling, Påssjuka, Röda hund im Hö arm Vä arm**

**Ordinatör: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vaccinatör: ­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |