

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
t ex waranbehandling? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| • Har du reagerat med t ex yrsel, svimning, andnöd eller
utslag i samband med tidigare vaccination | ☐ Ja | ☐ Nej |
| • Behandlas du med kortison i tablett- eller injektionsform
eller behandlas med annat läkemedel som påverkar
immunförsvaret? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| • Har du eller behandlas du för någon allvarlig eller
långvarig sjukdom? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| 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	Namnsteckning
-------	---------------

Fylls i av vårdpersonal:

Vaccination mot hepatit B	im	Hö arm	Vä arm
Vaccination Mässling, Påssjuka, Röda hund	im	Hö arm	Vä arm
Ordinator: _____			
Vaccinator: _____			