

Inför vaccination mot mässling, påsjuka, röda hund - vuxna

Datum	Telefonnummer
Namn	Personnummer

Är du gravid?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Har du någon sjukdom eller medicin som påverkar ditt immunförsvar?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Är du allergisk mot ägg?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Har du tidigare fått någon reaktion i samband med vaccination?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Har du haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Har du en pågående infektion eller feber?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Medicinerar du med någon blodförtunnande medicin t.ex. Waran eller Fragmin?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>

Vårdpersonalens anteckningar

Vaccin	
Batch-/lotnummer	
Lokalisation	
Läkarsignatur /kommentar	