

Frågeformulär studentvaccination

Jag är student vid _____
programmet (Medfak)

Har du haft eller är vaccinerad mot
vattkoppor?

Ja Nej

| |
|--------------|
| Personnummer |
| Namn |
| Adress |
| Postadress |
| Telefon |

Tidigare vaccinationer

| Vaccin | Antal doser | Datum | Vaccin | Antal doser | Datum |
|-----------|-------------|-------|-----------------|-------------|-------|
| Hepatit A | | | Polio | | |
| Hepatit B | | | Mässling | | |
| Stelkramp | | | Tuberkulos | | |
| Difteri | | | Tuberkulinprov | | |
| | | | Quantiferontest | | |

Överkänslig för ägg, höns eller fjäder? Ja Nej

Överkänslig för antibiotika (sulfa)? Ja Nej

Allergi (t ex astma, hösnuva, eksem)? Ja Nej

Behandling med cortison/cellgifter/biologiska läkemedel? Strålbehandling? Ja Nej

Gravid? Ja Nej

Pågående sjukdom i mage, leder eller luftvägar? Feber? Ja Nej

Äter du blodförtunnande medicin? Ja Nej

Biverkningar av tidigare vaccination? Ja Nej

Datum

Namnteckning

| Datum | Dos (ml) | Läkarsign. | Sköt.sign. | Sköt.sign. | Sköt.sign. | Sköt.sign. | Sköt.sign. |
|---------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Difteri/ Tetanus | 0,5 | | | | | | |
| Polio | 0,5X | | | | | | |
| PPD | 0,1 | | | | | | |
| BCG | 0,1/0,05 | | | | | | |
| Hep A/____ | 0,5/1 | | | | | | |
| Hepatit B | 0,1/0,5/1/2 | | | | | | |
| MPR | 0,5 | | | | | | |
| Vattkoppor | 0,5 | | | | | | |