

Medisinsk spørreskjema

Fastlege: _____

Etternavn: _____	Personnummer: Dag mnd år nr
Fornavn: _____	
Adresse: _____	Mobiltelefon: _____

Dagens dato: _____ **JA** **NEI**

Har du noen sykdom som påvirker immunforsvaret ?

Har du psoriasis ?

.. epilepsi ?

.. operert bort milten ?

.. nedsatt syn på grunn av skade på netthinnen ?

.. blødersyke eller bruker du blodfortynnende medisin f.eks "Marevan" ?

Bruker du medisiner mot noen tarmsykdom ?

Bruker du medisiner mot noen magesykdom som hemmer saltsyreproduksjonen i magesekken ?

Lider du av eller har du hatt depressive plager eller annen psykisk sykdom (kan ha betydelse for valg av malariaprofylakse) ?

Har du eller behandles du for annen langvarig eller alvorlig sykdom?
om ja - hvilken ? _____

Er du allergisk mot:

neomycin (antibiotika) ?

streptomycin (antibiotika) ?

polymyxin B (antibiotika) ?

annet antibiotika ?

om ja - hvilken ? _____

kvikksølv ?

eggehvite fra høns ?

formaldehyd ?

gelatin / polysorbat ?

aluminium ?

lateks ?

Har du tidligere reagert uheldig på vaksinasjon ?

Har du tidligere fått bivirkninger av malariatabletter ?

Er du yrkespilot ?

Kommer du til å utøve sportsdykking i løpet av reisen ?

Kommer du til å oppholde deg på høyder over 3.000 meter ?

Kun for kvinner:

Er du gravid eller **planlegger** du å bli det ?

Dersom du er gravid - hvilken uke i svangerskapet ? _____

Ammer du ?

Når fikk du siste poliovaksinasjon ? _____

Hvor mange poliovaksinasjoner er du **helt sikker** på at du har fått ? _____ st

Når fikk du siste stivkrampe- (tetanus-) vaksinasjon ? _____

Hvor mange stivkrampevaksinasjoner er du **helt sikker** på at du har fått ? _____ st

Når fikk du siste difterivaksinasjon ? _____

Hvor mange difterivaksinasjoner er du **helt sikker** på at du har fått ? _____ st

Har du hatt meslinger eller er du vaksinert mot meslinger ?

Har du hatt kusma eller er du vaksinert mot kusma ?

Kvinner: Har du hatt røde hunder eller er du vaksinert mot røde hunder ?

Andre vaksiner?

HepA antall doser _____ ca når _____

HepB antall doser _____ ca når _____

Underskrift: _____

