

Medisinsk spørreskjema

Fastlege: _____

Etternavn:	Personnummer: Dag mnd år nr			
Fornavn:				
Adresse:	Mobiltelefon:			
JA NEI				
Dagens dato: _____				
Har du noen sykdom som påvirker immunforsvaret ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Har du psoriasis ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
.. epilepsi ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
.. operert bort milten ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
.. nedsatt syn på grunn av skade på netthinnen ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
.. blødersyke eller bruker du blodfortynnende medisin f.eks "Marevan" ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Bruker du medisiner mot noen tarmsykdom ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Bruker du medisiner mot noen magesykdom som hemmer saltsyreproduksjonen i magesekken ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Lider du av eller har du hatt depressive plager eller annen psykisk sykdom (kan ha betydelse for valg av malariaprofylakse) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Har du eller behandles du for annen langvarig eller alvorlig sykdom? om ja - hvilken ? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Er du allergisk mot:				
neomycin (antibiotika) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
streptomycin (antibiotika) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
polymyxin B (antibiotika) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
annet antibiotika ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
om ja - hvilken ? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
kvikkssølv ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
eggehvit fra høns ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
formaldehyd ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
gelatin / polysorbat ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
aluminium ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
lateks ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Har du tidligere reagert uheldig på vaksinasjon ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Har du tidligere fått bivirkninger av malariatabletter ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Er du yrkespilot ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Kommer du til å utøve sportsdykking i løpet av reisen ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Kommer du til å oppholde deg på høyder over 3.000 meter ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Kun for kvinner:				
Er du gravid eller planlegger du å bli det ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Dersom du er gravid - hvilken uke i svangerskapet ?	<hr/> <hr/>			
Ammer du ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Når fikk du siste poliovaksinasjon ?	<hr/>			
Hvor mange poliovaksinasjoner er du helt sikker på at du har fått ?	<hr/> st			
Når fikk du siste stivkrampe- (tetanus-) vaksinasjon ?	<hr/> st			
Hvor mange stivkrampevaksinasjoner er du helt sikker på at du har fått ?	<hr/> st			
Når fikk du siste difterivaksinasjon ?	<hr/> st			
Hvor mange difterivaksinasjoner er du helt sikker på at du har fått ?	<hr/> st			
Har du hatt meslinger eller er du vaksinert mot meslinger ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Har du hatt kusma eller er du vaksinert mot kusma ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Kvinner: Har du hatt røde hunder eller er du vaksinert mot røde hunder ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Andre vaksiner?				
HepA <input type="checkbox"/> antall doser _____	ca når _____			
HepB <input type="checkbox"/> antall doser _____	ca når _____			
Underskrift: _____				

Fyll i opplysningene nedenfor så godt De kan!										
Utreisedato	Land	Antall dager i landet	Sted	Tid per sted	Ophold kun i bymiljø	Ophold i bymiljø med dagsturer	Ophold kun på turiststeder	Ophold på landsbygd	Ophold under primitive forhold	Helsepersonell

For Helsepersonell:

Følgande vaksiner anbefalast:

_____	Ant.doser _____

Pasienten har fått time til vaksinering den _____

Til legen: kontraindikasjonar? Diagnose/medisiner? Andre merknader?

Dato: _____

Dato: _____

Helsesøster

Lege

NB! Arket skjemaet skal leverast på legekontoret