

Pers.nr och namn

Frågeformulär TBE – vaccination

Inför din vaccination mot TBE ber vi dig svara på följande frågor

	Ja	Nej
1. Har du haft feber sista veckan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Om Ja; Vänta med vaccination till febern gått över. Förkylning utan feber är inget hinder för vaccination.</i>		
2. Har du haft några problem vid tidigare vaccinationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Är du allergisk mot ägg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Vid äggallergi; vaccination får ej ges. Kan man äta pannkaka eller sockerkaka utan besvär, kan man vaccineras</i>		
4. Har du någon kronisk sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>I så fall vilken? T.ex. M.S (multipel skleros) eller RA (reumatoid arthrit)</i>		
5. Medicinerar du med blodförtunnande medicin, t.ex. Waran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Är du gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Anledning till vaccination?	<input type="text"/>	
Datum; _____ Underskrift; _____		
Vårdpersonalens anteckningar		
Vaccination given, datum; <input type="text"/>	Sign läk	Sign ssk
	<input type="text"/>	<input type="text"/>