

Hälsodeklaration inför vaccination mot Hepatit A och B

Twinrix

Personnummer	Förnamn	Efternamn
Telefonnummer (mobil)	E-postadress	

Inför din vaccination ber vi dig svara på följande frågor:

	Ja	Nej
Har du feber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du en pågående infektionssjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du nedsatt immunförsvar som följd av medicin, hiv eller annan sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon kronisk sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du allergisk mot, eller har reagerat på vaccin mot Hepatit A och B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, vilket och hur?		
Är du allergisk mot Neomycin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du gravid eller ammar du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlas du med något av följande läkemedel?		
Kortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsänkande läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I det fall du planerar en utlandsresa:

Destination:..... Resans längd:..... Datum för avresa:.....

	Ja	Nej
Jag anser att jag är fullt frisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Din underskrift

I samband med vaccination kan det uppstå en rodnad, svullnad eller smärta på stället för vaccinationen. En del personer kan även reagera med trötthet, feber eller sjukdomskänsla.