



Vaccinationsanamnes

Typ av vaccin: _____

Personnummer: _____

Namn: _____

Arbetsplats: _____

Telefon: _____

	Ja	Nej	
Är du allergisk mot ägg?			
Har du reagerat kraftigt mot vaccin tidigare?			
Har du någon svår allergi?			
Har du feber eller känner dig sjuk?			
Tillhör du någon riskgrupp? (lungsjukdom, hjärtsjukdom)			
Har du cancer? Immunologisk sjukdom?			
Har du Antikoagulantia behandling/ blödarsjuka?			
Har du blodsmitta? Hepatit B, C, HIV?			
Annan sjukdom? Tar du medicin?			Om ja: vad/vilka?
Är du gravid?			
Vikt	<50 kg	>50 kg	

Dagens datum

Underskrift