



Region  
Gotland

Hälsa- och sjukvårdsförvaltning  
Resemedicinsk vaccinationsmottagning

Efternamn:	Personnummer År      mån      dag      nr
Förnamn (tilltalsnamn understruket)	
Telefon bostad	Mobiltelefon
Telefon arbete	

## Om resan

### När skall du resa?

Till vilka länder skall du resa?      Under hur lång tid?

### Hur skall du tillbringa tiden på resmålet?

Turist eller affärsresa – högst enstaka natt på landsbygd

Turist eller affärsresa – mer än enstaka natt på landsbygd

Hämta adoptivbarn

Primitivt eller leva tillsammans med lokalbefolkning

Vistas i stadsmiljö

Arbeta med sjukvård, som veterinär eller med skogsvård

Vistas på isolerad landsbygd

Annat, nämligen:

## Medicinska uppgifter

<b>Efternamn</b>	<b>Personnummer</b> År   mån   dag   nr
<b>Förnamn (tilltalsnamn understruket)</b>	
<b>Telefon bostad</b>	<b>Mobiltelefon</b>
<b>Telefon arbete</b>	
<p><b>Dagens datum:</b> <span style="float: right;"><b>Ja Nej</b></span></p> <p>Medicinerar du med kortisonpiller, cellgifter eller annan immunhämmande medicin? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Har du psoriasis? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>epilepsi? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>opererat bort mjälten? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>nedsatt syn med anledning av skada på näthinnan? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>blödarsjuka eller använder du någon blodförtunnande medicin t.ex. Waran? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Medicinerar du mot någon tarmsjukdom? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Medicinerar du mot någon magsjukdom som hämmar saltsyreproduktionen i magsäcken? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Lider du av depression eller annan psykisk sjukdom? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>(Viktigt för att kunna ta ställning till eventuell malariaproxylax)</p> <p>Har du eller behandlas du för någon annan långvarig eller allvarlig sjukdom? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Om ja – vilken? _____</p> <p>Vet du om du är allergisk mot något läkemedel? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Om ja – vilket/vilka? _____</p> <p>Vet du om du är allergisk mot något konserveringsmedel? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Har du tidigare reagerat ogynnsamt på någon vaccination? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Har du tidigare fått någon biverkan av malariatabletter? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Känner du dig fullt frisk och är feberfri? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Hur mycket väger du? _____</p> <p><b>Kvinnor endast</b></p> <p>Är du gravid eller avser du att bli gravid under resan? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Om du är gravid – i vilken vecka är du? _____</p> <p>Ammar du? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Namnsteckning: _____</p>	