



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

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