

Fyll i nedan:

Personnummer:	Telefon nr:
Namn:	

Avresedatum:	Land/ort:	Antal dagar i landet:

	Ja	Nej		Ja	Nej
Är du överkänslig för ägg, höns och fjäder?			Är du överkänslig mot antibiotika?		
Har du haft någon kraftig allergisk reaktion?			Behandlas du med kortison, cellgifter eller strålbehandling?		
Äter du blodförtunnande medicin?			Pågående sjukdom i mage, tarm, leder, luftvägar eller feber?		
Känner du dig fullt frisk?			Biverkningar av tidigare vaccinationer?		
Gravid eller ammar?			Biverkningar av tidigare malariabehandling?		
Andra sjukdomar?			Preventivmedel? – gäller endast malariaprofylax		
Vikt?					

Resenärskategori – sätt kryss	
Enbart dagsutflykter landsbygd, arbete i stadsmiljö	
Flera resmål inom landet, även på landsbygd. Kringresande turist.	
Vistelse på extremt isolerad landsbygd	
Arbete med sjukvård	
Tidigare vaccinationer, år/antal:	

Datum: _____ **Namnteckning:** _____