

Rejseforebyggelses skema

Bedes udfyldt af den rejsende og afleveret 3 uger før tiden til konsultation med sygeplejersken/personale. Bedes udfyldt grundigt så vi kan tilbyde den rette vaccination.

Navn: _____		Cpr: _____			
Har du børn der skal med på rejsen?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Ja</td> <td rowspan="2" style="padding: 5px; vertical-align: top;">Hvis ja så bedes der udfyldt skema for barnet særskilt.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Nej</td> </tr> </table>	Ja	Hvis ja så bedes der udfyldt skema for barnet særskilt.	Nej	
Ja	Hvis ja så bedes der udfyldt skema for barnet særskilt.				
Nej					
Kendte Allergier/ kendt med medicin du ikke kan tåle? (JA/NEJ, ved ja angive hvilke allergier):					
1					
2					
Har du kronisk sygdom? (f.eks. forhøjet blodtryk, lungesygdomme, i blodfortynding, epilepsi, psoriasis, psykiske sygdomme)?					
Får du fast medicin for kronisk sygdom? Eller tager du medicin ordineret i perioder?					
Kronisk Sygdom					
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
Indtager du Fast Medicin? Hvis ja bedes du angive navn og dosis					
1)	7)				
2)	8)				
3)	9)				
4)	10)				
5)	11)				
6)	12)				
TIL KVINDER:					
Er du gravid eller planlægger du graviditet?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Ja</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Nej</td> </tr> </table>		Ja	Nej	
Ja					
Nej					
Rejsemål: <i>Ved flere rejsemål bedes dette angivet i den rækkefølge de afvikles, lande, regioner(kyst, nord, syd, etc.)</i>					
Rejsemåde: <i>Angives som f.eks (charterrejse , byferie, rygsæk, badeferie, ophold under primitive forhold, regnskovsoophold, trekking ture, bo under samme tag og dele toiletfaciliteter med lokalbefolkning)</i>					
Rejsevarighed: <i>Angives med afrejsedato og hvert rejsemåls varighed i dage, uger el. måneder.</i>					
Rejseformål: <i>(Arbejde, ferie, udstationering, ekstrem sport, operationer incl. Tatoveringer og piercinger, seksuel kontakt)</i>					

Rejsemål	Rejsens Varighed	Rejsemåde	Rejseformål

Tidligere Vaccinationer.(Medbring gerne eventuelle vaccinationskort)

Vaccinations navn	Har du haft bivirkning?	Første vaccinations dato	Antal vaccinationer?

Har du tidligere fået Malaria profylakse	Ja	
	Nej	
Navn på Malaria medicin?	Har du haft Bivirkninger? Angiv hvilke	
	Ja	
	Nej	

Vi kan have behov for at kontakte dig vedrørende eventuelle spørgsmål, angiv venligst om vi må kontakte dig per	Telefon?	Ja	Telefonnummer:
		Nej	
	E-MAIL	Ja	Mailadresse:
		Nej	

Udfyldes af personale	
Skriftligt materiale udleveret (Malaria, hygiejne,diarre)	Ja
	Nej
Recept udleveret	Ja
	Nej
Bemærkninger til rejseprofylaksen	

Undertegnede bekræfter hermed at jeg har modtaget vejledning om rejseprofylakse incl. Bivirkninger til vaccinationer og malaria medicin og at jeg har svaret på ovenstående skema uden fortielser.

Dato _____ Underskrift. _____