

VACCINATIONSDOKUMENTATION

Elevens namn: _____

Personnummer: _____

Falköping den _____

Uppgiftslämnare (namn och signatur): _____

_____**Jag är vaccinerad mot:**Difteri ja nej Stelkramp ja nej Polio ja nej Mässling ja nej Röda hund ja nej Påssjuka ja nej **Övrigt:**Vattenkoppor: - genomgången sjukdom ja nej vet ej
 - immunitetsundersökning positiv negativ

-vaccination Varilrix® datum/sign: _____

För Skaraborgs sjukhus (SkaS):

Tuberkulos: - PPD-prövning positiv negativ

- om negativ PPD – BCG-vaccination datum/sign: _____

***)Hepatit B** - Engerix® datum/sign: _____

alternativt

***)Hepatit A och B** - Twinrix® datum/sign: _____

***)Eleven** blivit erbjuden, men avböjt datum/sign: _____

MRSA - kontakt Var? _____
(methicillinresistent **Staphylococcus aureus**)

När? _____

- odling När? _____

positiv negativ

sign: _____