



## Medicinskt frågeformulär för TBE/fästingvaccin

Vänligen fyll i samtliga fält

Namn:	
Personnr:	
Telefonnr:	

Hälsofrågor – kryssa JA eller NEJ

	JA	NEJ
Är du tidigare vaccinerad mot fästingar?		
Har du reagerat på tidigare vaccination?		
Är du allergisk mot någonting? I så fall, ange vad:		
Lider du av någon akut reumatisk sjukdom?		
Har du någon pågående febersjukdom?		
För kvinnor – Är du gravid?		

Jag intygar härmed att ovanstående uppgifter är korrekta

Datum:
Din namnteckning:



Denna sida fylls i av sköterska  
Skriv datum, sign och batchnummer.

### Vaccinationsschema för Encepur® och Encepur® Barn.

Dos	Barn 1–11 år 0,25 ml i.m. Datum & signatur	Vuxen från 12 år 0,5 ml i.m. Datum & signatur
1		
2 4–12 veckor efter 1:a dos		
3 9–12 mån efter 2:a dos		
Påfyllnads- dos med 3 års mellanrum	1	
	2	
	3	
	4	
	5	