

Vaccination mot influensa

Hälsodeklaration

Namn: _____ Telefon: _____

Personnummer: _____

Frågor till dig som ska vaccineras

Inför vaccinationen mot influensa ber vi dig svara på följande frågor:

	Ja	Nej	Vet ej
1. Har du tidigare fått någon kraftig reaktion (som yrsel, svimning, andnöd eller utslag) i samband med att du blivit vaccinerad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Är du allergisk mot ägg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har du annan allvarlig allergi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, vilken medicin? _____			
5. Har du, under de senaste sju dagarna, vaccinerat dig mot covid-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Är du personal inom vård- och omsorg med patientkontakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

För vaccinerande enhet

Medicinsk riskgrupp, gravid eller ålder \geq 65 år? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Vaccinationsdatum:
Ordinator:		Vaccinator:
Vaccin:		Batch-/lotnummer:
Administreringssätt:	Intramuskulärt <input type="checkbox"/> Subcutant <input type="checkbox"/>	Lokalisation: Höger arm <input type="checkbox"/> Vänster arm <input type="checkbox"/>
		Ev annan: