

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"/> |

För vaccinerande enhet

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