

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:
Ordinatór:	Vaccinatör:	
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:	