

## Influensavaccination 2020/2021

# HÄLSODEKLARATION

### FYLL I DINA UPPGIFTER

Namn	Personnummer
------	--------------

Har du en pågående infektion med feber?  Ja  Nej

Tar du någon blodförtunnande medicin, till exempel Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis?  Ja  Nej

Är du allergisk mot ägg?  Ja  Nej

Har du fått någon allvarlig reaktion i samband med tidigare vaccination? Till exempel yrsel, svimning, andnöd eller utslag.  Ja  Nej

Har du någon kronisk sjukdom? \_\_\_\_\_

*INFORMATION. Din vaccination kommer att registreras i vaccinationsregistret Svevac. Du har rätt att säga nej till registreringen av uppgifterna. Meddela i så fall personalen som utför vaccinationen. Du har möjlighet att få utdrag ur registret om dig själv och även bli borttagen ur registret.*

### FYLLS I AV VÅRDPERSONAL

Betalande patient	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kontraindikation för vaccination	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<b>Influvac Tetra 0,5 ml</b>	Lot:	
Lokalisation & administration	<input type="checkbox"/> vä arm	<input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.m.
<b>Pneumovax 0,5 ml</b>	Lot:	
Lokalisation & administration	<input type="checkbox"/> vä arm	<input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.m.
Övriga noteringar		
Datum	Vaccinatör	