

# Primärvården

## INFLUENSAVACCINATION 2021 / 2022



### HÄLSODEKLARATION

FYLL I DINA UPPGIFTER		
Personnummer	Namn	
Har du vaccinerat dig under de senaste 7 dagarna?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du en pågående infektion med feber?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är du allergisk mot ägg?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tar du någon blodförtunnande medicin t ex Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du fått någon allvarlig reaktion i samband med tidigare vaccination? T ex yrsel, svimning, andnöd eller utslag.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du en kronisk sjukdom? <b>Om ja</b> , ange vilken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är du gravid? <b>Om ja</b> , ange vilken vecka	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

#### INFORMATION

Din vaccination kommer att registreras i vaccinationsregistret NVR. 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			
ID-kontrollerad	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Betalande patient	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Kontraindikation för vaccination	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Tidigare fått pneumokockvaccination	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Influvac Tetra® 0,5 ml <input type="checkbox"/>	Lot:		
Vaxigrip Tetra® 0,5 ml <input type="checkbox"/>			
Fluzone HD® 0,7 ml <input type="checkbox"/>			
Lokalisation & administration:	<input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> vän arm	<input type="checkbox"/> s c	<input type="checkbox"/> i m
<b>Pneumovax® 0,5 ml</b>	Lot:		
Lokalisation & administration:	<input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> vän arm	<input type="checkbox"/> s c	<input type="checkbox"/> i m
Övriga noteringar			
Datum	Vaccinatör		