Vaccination mot influensa 2024/2025

Blanketten ska fyllas i av dig som ska vaccineras. Ta med blanketten till vaccinationstillfället. Tänk på att du ska vara frisk, utan feber eller infektion när du kommer	
Namn:	
Personnummer:	Telefonnummer:

Har du vaccinerat dig under de senaste 7 dagarna?	☐ Ja	☐ Nej
Är du allergisk mot ägg?	☐ Ja	☐ Nej
Tar du någon blodförtunnande medicin t ex Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis?	☐ Ja	☐ Nej
Har du fått någon allvarlig reaktion i samband med tidigare vaccination? T ex yrsel, svimning, andnöd eller utslag.	☐ Ja	☐ Nej
Har du en kronisk sjukdom? **Om ja**, ange vilken	☐ Ja	☐ Nej
Är du gravid? **Om ja**, ange vilken vecka	☐ Ja	☐ Nej

FYLLS I AV VÅRDPERSONAL		
ID-kontrollerad	☐ Ja	☐ Nej
Betalande patient	☐ Ja	☐ Nej
Kontraindikation för vaccination	☐ Ja	☐ Nej
Influvac Tetra ® 0,5 ml ☐ Lot: **Efluelda Tetra** ® 0,7 ml ☐		
Administreringssätt: ☐ hö arm ☐ vä arm	☐ s c	☐ i m
Ev. kommentar		
Datum	Vaccinatör / Signatur / RSID	