

Vårdpersonal - Hälsodeklaration vaccination mot influensa



Blanketten ska fyllas i av dig som ska vaccineras.	
Namn:	
Personnummer:	Telefonnummer:

Har du vaccinerat dig under de senaste 7 dagarna?	☐ Ja	☐ Nej
Är du allergisk mot ägg?	☐ Ja	☐ Nej
Har du fått en allergisk reaktion eller annan allvarlig reaktion i samband med tidigare vaccination?	☐ Ja	☐ Nej
Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller någon medicin? t ex Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis?	☐ Ja	☐ Nej
Alla gravida rekommenderas vaccination mot influensa efter graviditetsvecka 12. För gravida som även tillhör en medicinsk riskgrupp rekommenderas vaccination innan graviditetsvecka 13.		

FYLLS I AV VÅRDPERSONAL		
ID-kontrollerad	☐ Ja	☐ Nej
Betalande patient	☐ Ja	☐ Nej
Kontraindikation för vaccination	☐ Ja	☐ Nej
Fluarix® 0,5 ml ☐ Lot:		
Administreringsätt: ☐ hö arm ☐ vän arm ☐ s c ☐ i m		
Ev. kommentar		
Datum	Vaccinatör / Signatur / RSID	