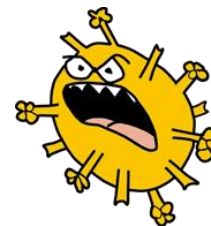


Exempelbrev

Till dig som rekommenderas vaccination mot influensa



Anvisning: Texten under denna rubrik ska användas ordagrant om Smittskydd Västra Götaland ska lämna ersättning för brevet. Rubriker, layout och virussymbol är valfri – glöm inte adressuppgifter om ni använder fönsterkuvert.

Du som får detta brev rekommenderas vaccination mot influensa. Genom att vaccinera dig varje höst får du ett bättre skydd mot influensa och minskar risken att bli allvarligt sjuk.

På webbsidan 1177.se/influensavaccination finns mer information, även på andra språk. Där kan du också läsa mer om den SMS-tjänst som finns.

I år kan du vaccinera dig från och med den 6 november. Det kostar 100 kronor för alla som rekommenderas vaccination.

Välkommen att vaccinera dig hos oss!

Anvisning: Texten under denna rubrik är valfri. Utgå ifrån förhållandet på den egna vårdcentralen. På baksidan finns formulär från Smittskydd som kan ersättas om ni använder ett "eget" formulär.

Välkommen till vår drop in-mottagning för vaccination DD/MM-DD/MM klockan 00:00-00:00 eller boka en tid för vaccination på webben: webbadress, eller telefon, telefonnummer.

Fyll i formuläret på baksidan av brevet och ta med det till vårdcentralen när du ska vaccinera dig.

Vårdcentralens namn

Besöksadress, ort

Telefon:



Vårdcentralen ingår i Vårdval Vårdcentral. Det innebär att du själv kan välja var du listar dig.

Information på
Andra språk
Other languages:



1177.se/influensavaccination

Underlag för vaccination mot influensa

Namn:

Personnummer:

För patienten

Inför vaccinationen mot influensa ber vi dig svara på följande frågor:

- | | Ja | Nej | Vet ej |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du tidigare fått någon allvarlig 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. Medicinerar du med någon blodförtunnande medicin, t.ex. Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis? (gäller ej Trombyl) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du någon sjukdom eller medicin som påverkar ditt immunförsvar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Varje höst kan du få ett SMS som påminner dig när det är dags för influensavaccination. Vill du veta mer?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

För vaccinerande enhet

Medicinsk riskgrupp för svår influensa eller ålder \geq 65år? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ordinatör:	Vaccinationsdatum:
Vaccin:	Vaccinatör:
Dosering: 0,5 ml <input type="checkbox"/>	Administreringssätt: hö arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> vä arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/>
Batch-/lotnummer:	Ev. annan lokalisering för administrering:
Ev. kommentar:	
Vaccinationen är registrerad i Svevac <input type="checkbox"/>	