

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 acetylsalicylsyra, t.ex. Trombyl) | <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 65 år? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Vaccinationsdatum:
Ordinator:	Vaccinator:	
Vaccin: Dosering: 0,5 ml <input type="checkbox"/>	Batch-/lotnummer:	
Administreringsätt: Intramuskulärt <input type="checkbox"/> Subcutant <input type="checkbox"/>	Lokalisation:	Höger arm <input type="checkbox"/> Vänster arm <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/>