

Hälsodeklaration / Frågeformulär inför covid-19 vaccination

إعلان الصحة / نموذج الأسئلة قبيل الحصول على اللقاح المضاد لكوفيد-19

2021-09-29

version 7

Patientuppgifter:

بيانات المريض:

Namn

Personnummer

الاسم

الرقم الشخصي

Inför din vaccination ber vi dig svara på följande frågor

قبل تطعيمك نرجو منك الإجابة على الأسئلة التالية

1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu?

هل تعاني من حمى و/أو عدوى خطيرة الآن؟

Ja / نعم Nej / لا

2. Har du reagerat med anafylaxi (allergisk chock) så du behövt adrenalin (ex. Epi-pen) och behövt akut inläggande vård på sjukhus efter en vaccination eller en injektion av annat läkemedel?

هل قمت بالتجاوب بحساسية شديدة (رد فعل تحسسي) لدرجة أنك احتجت إلى تناول أدرينالين (على سبيل المثال قلم إيبيبنرين) واحتجت إلى الحصول على رعاية طارئة في المستشفى بعد الحصول على تطعيم أو حقنة دواء آخر؟

Ja / نعم Nej / لا

3. Har du reagerat med anafylaxi (allergisk chock) så du behövt adrenalin (ex. Epi-pen) och behövt akut inläggande vård på sjukhus på grund av något annat än vaccination eller injektion av läkemedel?

هل قمت بالتجاوب بحساسية شديدة (رد فعل تحسسي) لدرجة أنك احتجت إلى تناول أدرينالين (على سبيل المثال قلم إيبيبنرين) واحتجت إلى الحصول على رعاية طارئة في المستشفى بسبب شيء آخر غير التطعيم أو حقنة دواء؟

Ja / نعم Nej / لا

4. Tar du blodförtunnande medicin, t.ex. Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto, Lixiana eller Eliquis regelbundet? (gäller ej Trombyl)

هل تتناول أدوية مميعة للدم، مثل فاران أو فراغمين أو أوبراداكسا أو كساريلتو أو ليكسيانا أو إيليكيس بصورة منتظمة؟

(لا ينطبق على ترومبيل)

Ja / نعم Nej / لا

5. Har du blödarsjuka eller annan ökad blödningsbenägenhet?

هل تعاني من الناعور أو قابلية أخرى إلى زيادة النزيف؟

Ja / نعم Nej / لا

6. Har du ett nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller medicin?

هل جهازك المناعي ضعيف بسبب مرض أو أدوية؟

Ja / نعم Nej / لا

7. Är du gravid?

هل أنت حامل؟

Ja / نعم Nej / لا

8. Har du fått något annat vaccin under de senaste 7 dagarna?

هل حصلت على لقاح آخر خلال السبعة أيام الماضية؟

Ja / نعم Nej / لا

Idag vill jag ta dos 1

dos 2

dos 3

اليوم أريد الحصول على الجرعة 1

الجرعة 2

الجرعة 3

حصلتُ على الجرعة السابقة في عام _____ الشهر _____ اليوم _____
Förra vaccindosen tog jag dag _____ månad _____ år _____

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen

Indikation för covid-19 vaccination		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Vaccinationsdatum:	Planerat datum för dos 2 alt. dos 3:		
Covid-19 vaccin namn	Dos 1 <input type="checkbox"/>	Dos 2 <input type="checkbox"/>	Dos 3 <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 lokalisation för administrering:		
Ev. kommentar:			
		Vaccinationen införd i journal/vaccinregister <input type="checkbox"/>	

Ordinatörens namn: _____

Vaccinatörens namn: _____ Signatur: _____