
Influensa- och pneumokockvaccination - frågeformulär

Inför din vaccination mot influensa och/eller pneumokocker ber vi dig svara på följande frågor:

- 1) Har du feber eller någon akut infektion nu? Ja Nej
- 2) Har du haft några problem vid tidigare vaccinationer? Ja Nej
- 3) Har du fått en allvarlig allergisk reaktion vid någon tidigare vaccination? Ja Nej
- 4) Medicinerar du med cellgift eller andra läkemedel som hämmar immunförsvaret? Har du någon annan sjukdom som nedsätter ditt immunförsvaret? Ja Nej
- 5) Är du allergisk mot ägg? Ja Nej
- 6) Är du gravid? Ja Nej

Namn: _____

Personnummer: _____

Underskrift: _____

Datum: _____

Legitimation

Vårdpersonal kan dokumentera givna vaccindoser på baksidan.

Influensa- och pneumokockvaccination - frågeformulär

FYLLS I AV VÅRDPERSONAL	
Betalande patient	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kontraindikation mot vaccination	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Vilken grupp/riskgrupp tillhör personen?	
Person 65 år och äldre	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Person yngre än 65 år som tillhör medicinsk riskgrupp	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hushållskontakt till person med nedsatt immunförsvar	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Gravid kvinna efter graviditetsvecka 16	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Vårdpersonal	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Vaxigrip Tetra 0,5 ml	Lot:
Administreringsätt	vä arm <input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/>
Pneumovax 0,5 ml	Lot:
Administreringsätt	vä arm <input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/>
Synflorix 0,5 ml	Lot:
Administreringsätt	vä arm <input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/>
Prevenar 13 0,5 ml	Lot:
Administreringsätt	vä arm <input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/>
Fluenz Tetra 0,2 ml (0,1 ml per näsborre)	Lot:
Administreringsätt	nasalt i vardera näsborren <input type="checkbox"/>