
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 immunförsvar? 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?	
Från 65 år (det år man fyller 65)	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Medicinsk riskgrupp under 65 år	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Gravid efter graviditetsvecka 12	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hälso- och sjukvårdspersonal (primär-, sluten- och tandvård)	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Vård- och omsorgspersonal till riskgrupper (hemtjänst, SÄBO)	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Vaxigrip Tetra	Lot:
Administreringsätt	vä arm <input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/>
Fluad Tetra	Lot:
Administreringsätt	vä arm <input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/>
Apexxnar (PCV 20)	Lot:
Administreringsätt	vä arm <input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/>
Pneumovax	Lot:
Administreringsätt	vä arm <input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/>
Prevenar 13	Lot:
Administreringsätt	vä arm <input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/>
Fluenz Tetra	Lot:
	nasalt i vardera näsborren <input type="checkbox"/>