

Vaccinationsformulär

– nya influensan A(H1N1) 2009

Personnummer och namn _____	Datum _____
Målsmans (vid minderåriga)/ god mans underskrift _____	Vårdcentral/enhet _____

Svara på följande frågor innan vaccination:

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du någon gång fått någon överkänslighetsreaktion eller annan biverkan i samband med vaccination? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, vilken? | | |
| 2. Har du någon känd allergi mot något av: äggprotein, kycklingprotein, ovalbumin, formaldehyd, gentamicinsulfat, natriumdeoxicholat, tiomersal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, vilken? | | |
| 3. Om detta är din 2:a dos - upplevde du någon ogynnsam reaktion av första dosen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, vilken? | | |
| 4. Har du de senaste 4 veckorna fått något annat vaccin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, vilket? | | |
| 5. Har du en infektion med feber över 38 grader? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Äter du den blodförtunnande medicinen Waran ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OBS! Om patienten svarat "ja" på någon fråga krävs individuell ordination!

Ifylls av vårdpersonal	
Vaccination ordinerad av:
Vaccindos iordningställd av:
Vaccination utförd av:
Tillhör riskgrupp	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Dos nr 1	<input type="checkbox"/>
Dos nr 2	<input type="checkbox"/>
Mängd vaccin:	0,5 ml <input type="checkbox"/> 0,25 ml <input type="checkbox"/>
Administration (im):	hö överarm <input type="checkbox"/>
	vä överarm <input type="checkbox"/>
	annan plats:
Batchnr: