

HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot influensa

Fyll i en hälsodeklaration per person.
För barn/ungdom under 18 år krävs
vårdnadshavarens underskrift.

01. Vaccinationsdatum _____

02. Personnr _____

03. Namn _____

04. Har du/ditt barn allergi mot ägg? Ja Nej
05. Har du/ditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård? Ja Nej
06. Har du/ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer? Ja Nej
07. Har du/ditt barn fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna? Ja Nej
08. Har du/ditt barn blödersjuka? Ja Nej
09. Har du/ditt barn någon kronisk sjukdom? Ja Nej
- 09a. Om ja, har du/ditt barn:
- 09b. Kronisk lungsjukdom, inkl. astma Ja Nej
- 09c. Kraftig övervikt (BMI>40) Ja Nej
- 09d. Neuromuskulär sjukdom (t ex MS) Ja Nej
- 09e. Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck) Ja Nej
- 09f. Ökad risk för infektioner
(t ex immunsbristsjukdom, men också andra tillstånd såsom cancer eller autoimmunitet där sjukdomen i sig eller behandlingen medför en ökad risk för infektioner) Ja Nej
- 09g. Kronisk lever- eller njursvikt Ja Nej
- 09h. Diabetes mellitus Ja Nej
- 09i. CP/multifunktionshandikapp Ja Nej
10. Är du gravid? Ja Nej
- 10a. Om ja, vilken graviditetsvecka _____
11. Samtycker du till att dina/ditt barns vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare? Ja Nej

Fyll i denna fråga inför dos 2 av vaccinet mot nya influensan

12. Fick du/ditt barn några biverkningar efter den första dosen? Ja Nej
- 12a. Om ja, kryssa för alternativ här
- Kraftig rodnad/svullnad mer än 5 cm
- Kraftig rodnad/svullnad mer än 10 cm
- Feber mer än 38,5 grader
- Annan reaktion

14. Jag samtycker till att mitt barn vaccineras. Ja Nej

13. Namnunderskrift av den som ska vaccineras

15. Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

Namnförtydligande

Namnförtydligande