

Hälsodeklaration inför vaccination mot säsongsinfluensa med Vaxigrip Tetra eller Fluzone HD

Gäller för: Hälso- och sjukvård, Kommunal vård och omsorg

Namn	Personnummer
------	--------------

Fylls i av dig som ska vaccineras:

1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? Ja Nej
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för? Ja Nej
3. Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin? Ja Nej
4. Är du gravid? Ja Nej
5. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna? Ja Nej
6. Är du allergisk mot ägg? Ja Nej

För vaccinerande enhet:

Medicinsk riskgrupp för influensa eller ålder 65 år eller äldre Ja Nej

Vaxigrip Tetra <input type="checkbox"/>		Fluzone HD <input type="checkbox"/>		Ordinerat av	
Vaccinationsdatum				Givet av	
Dos				i.m. <input type="checkbox"/>	s.c. <input type="checkbox"/>
Höger arm <input type="checkbox"/>	Vänster arm <input type="checkbox"/>	Annat plats <input type="checkbox"/>		Batchnummer	