

Influensa/Covid-19

Reservrutin

Namn:

Personnummer:

Vaccinerad på enhet:

Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård?	Ja ☐	Nej ☐
Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för?	Ja ☐	Nej ☐
Har du ett nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller medicin?	Ja ☐	Nej ☐
Har du feber idag?	Ja ☐	Nej ☐
Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin?	Ja ☐	Nej ☐
Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste sju dagarna?	Ja ☐	Nej ☐
Är du gravid?	Ja ☐	Nej ☐
Tillhör du någon riskgrupp för influensa (diabetes, hjärt- och kärlsjukdom, nedsatt immunförsvar, lever- eller njursvikt, astma, extrem fetma, flerk Funktionshinder hos barn)?	Ja ☐	Nej ☐
Behöver vaccin mot influensa ordinerats av annan person?	Ja ☐	Nej ☐
Behöver vaccin mot covid-19 ordinerats av annan person?	Ja ☐	Nej ☐

Vaccin:

Dosnummer: Batchnummer:

Lokalisation:

Ordinator:

Vaccinator: