

Pneumokock

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 feber idag?	Ja ☐	Nej ☐
Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller behandling?	Ja ☐	Nej ☐
Är du gravid?	Ja ☐	Nej ☐
Tillhör du någon riskgrupp för pneumokocksjukdom (diabetes, hjärt- och lungsjukdom, lever- eller njursvikt, astma, extrem fetma, neuromuskulär sjukdom, flerfunktionshinder hos barn)?	Ja ☐	Nej ☐
Tillhör du högriskgruppen för pneumokocksjukdom (nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom, organtransplantation eller behandling för bristande mjältfunktion, cystisk fibros, kokleaimplantat)?	Ja ☐	Nej ☐
Har du tidigare blivit vaccinerad för pneumokockinfektion?	Ja ☐	Nej ☐
Behöver vaccin mot pneumokock ordineras av annan person?	Ja ☐	Nej ☐

Vaccin:

Dosnummer: Batchnummer:

Lokalisation:

Ordinator:

Vaccinator: