

Pneumokockvaccination, underlag för journalföring

Namn	Personnr	Kvinna	<input type="checkbox"/>	Man	<input type="checkbox"/>
Har du feber eller annan infektion nu?		Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Har du reagerat mot vaccin tidigare?		Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Använder du blodförtunnande läkemedel (ex. Waran, NOAK preparat)?		Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Blödarsjuk?		Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Är du gravid?		Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Har du tidigare blivit vaccinerad mot pneumokockinfektion?		Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Vilket vaccin?		Vilket datum:			
Annat?					

Nedanstående fylls i av vårdpersonal

Vaccin:

Ordinerat av:

Signatur:

Injektion given:

Vä arm

Hö arm

IM

SC

Batchnummer:

Datum:

Signatur: