

Pneumokockvaccination, underlag för journalföring

Namn	Personnr		
Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du behövt sjukhusvård för?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du feber idag?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Är du gravid?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tillhör du riskgrupp för pneumokocksjukdom (diabetes, hjärt- eller lungsjukdom, lever- eller njursvikt, astma, extrem fetma, neuromuskulär sjukdom flerfunktionshinder hos barn)?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tillhör du högriskgruppen för pneumokocksjukdom (nedsatt immunförsvar p.g.a. sjukdom, organtransplantation eller behandling (t.ex. ≥ 20 mg prednisolon/dag) bristande mjältfunktion, cystisk fibros, kokleaimplantat)?		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:

Ska rapporteras till nationella vaccinationsregistret (NVR):

Ja Nej

Ordinerat av:

Signatur:

Injektion given:

Vä arm

Hö arm

IM

SC

Batchnummer:

Datum:

Signatur: