

Vaccination, underlag för journalföring

| | | | |
|---|----------|---------------------------------|------------------------------|
| Namn | Personnr | Kvinna <input type="checkbox"/> | Man <input type="checkbox"/> |
| 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 har behövt sjukhusvård för? (Ägg, annat?) | | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Vad/vilket? | | | |
| Har du ett nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller medicin? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Vad/vilket? | | | |
| Har du feber idag? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 4 veckorna? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Vilket vaccin? | | | |
| Datum för senaste dos | | | |
| Tillhör du någon riskgrupp? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 1. personer 65 år och äldre | | | |
| 2. gravida - efter graviditetsvecka 12 | | | |
| 3. vuxna och barn från 6 månader med följande sjukdomar eller tillstånd: | | | |
| - kronisk hjärtsjukdom | | | |
| - kronisk lungsjukdom, såsom KOL och svår astma | | | |
| - andra tillstånd som leder till nedsatt lungfunktion eller försämrad hostkraft och sekretstagnation (till exempel extrem fetma, BMI >40, neuromuskulära sjukdomar eller flerfunktionshinder) | | | |
| - kronisk lever- eller njursvikt | | | |
| - diabetes mellitus | | | |
| - tillstånd som innebär kraftigt nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller behandling | | | |

Frågor vid influensavaccinering

| | | | |
|--|--|-----------------------------|------------------------------|
| Bor du i samma hushåll som person som har kraftigt nedsatt immunförsvar? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Är du personal inom hälso och sjukvård med patientkontakt? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Är du personal inom SÄBO/hemsjukvård med patientkontakt? | | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Nedanstående fylls i av vårdpersonal

Vaccin:

Ordinerat av:

Signatur:

Injektion given: Vä arm Hö arm IM SC

Batchnummer:

Datum:

Signatur:

