

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 from 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: Vå arm Hö arm IM SC

Batchnummer:

Datum:

Signatur: