

TBE 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 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 7 dagarna?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Vilket vaccin?			
Datum för senaste dos			
Är du gravid?		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: