

## Hälsodeklaration inför influensavaccination 2021 – 2022 (2021-10-27)

Patientuppgifter:

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

### Inför din vaccination ber vi dig svara på följande frågor:

1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu? Ja  Nej
2. Har du reagerat med anafylaxi (allergisk chock) så du behövt adrenalin (ex. Epi-pen) och behövt akut inläggande vård på sjukhus efter intag av ägg eller vid en vaccination eller en injektion av annat läkemedel? Ja  Nej
3. Har du reagerat med anafylaxi (allergisk chock) så du behövt adrenalin (ex. Epi-pen) och behövt akut inläggande vård på sjukhus på grund av något annat än ägg, vaccination eller injektion av läkemedel? Ja  Nej
4. Tar du blodförtunnande medicin, t.ex. Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis regelbundet? (gäller ej Trombyl) Ja  Nej
5. Har du blödarsjuka eller annan ökad blödningsbenägenhet?? Ja  Nej
6. Tillhör du någon medicinsk riskgrupp, exempelvis:
  - Kronisk hjärt-, lever- eller njursjukdom
  - Kronisk lungsjukdom KOL eller svår astma
  - Sjukdom som leder till nedsatt lungfunktion eller försämrad hostkraft
  - Instabil diabetes
  - Gravt nedsatt infektionsförsvar, t.ex. cellgiftbehandlingJa  Nej
7. Är du gravid och utan sjukdom som räknas upp ovan? Ja  Nej 
  - Om ja, i vilken graviditetsvecka är du? Svar: vecka \_\_\_\_\_
8. Har du fått någon annan vaccination de senaste 7 dagarna? Ja  Nej

### Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen

Vaccinationsdatum:	Ordinatörens namn:
Vaxigrip Tetra <input type="checkbox"/> Fluzone-HD <input type="checkbox"/>	Annat vaccin namn:
Administreringsätt: Hö arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> Vä arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/>	
Batch-/lotnummer:	Ev. annan lokalisation för administrering:
Ev. kommentar:	
Vaccinationen är registrerad i Svevac <input type="checkbox"/>	Annan kommentar:

Vaccinatörens namn: \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_