

## Frågeformulär vaccination mot Pneumokocker 2020-2021

Patientuppgifter:

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Inför din vaccination mot Pneumokocker ber vi dig svara på följande frågor

1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu? Ja  Nej
2. Har du haft några problem vid tidigare vaccinationer? Ja  Nej
3. Har du reagerat med allvarlig allergisk reaktion förut? Ja  Nej
4. Tar du blodförtunnande medicin, t ex Waran, regelbundet Ja  Nej
5. Har du fått vaccination mot Pneumokocker tidigare? Ja  Nej
- Vilket år fick du vaccin mot Pneumokocker förut? \_\_\_\_\_
6. Tillhör du någon medicinsk riskgrupp, exempelvis: Ja  Nej 
  - Avsaknad mjälte eller icke fungerande mjälte
  - Skallfraktur eller likvorläckage
  - Kronisk hjärt-, lung- eller njursjukdom
  - Högt intag av alkohol eller alkoholism
  - Svetsare utsatt för toxisk rök i hög omfattning
  - Cochlea implantat inopererat för förbättrad hörsel
  - Nedsatt immunförsvar p.g.a. sjukdom eller medicinering (exempelvis HIV, Lymfom och cellgiftbehandling)
  - Ålder 65 år och äldre
  - Diabetes
  - Rökare med lungskador
  - Levercirrhos - skrumplever
7. Är du gravid? Gravid ska inte pneumokockvaccineras! Ja  Nej

**Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen om vaccination bedöms indicerat.**

Vaccinationsdatum:	Ordinatörens namn:
Pneumovax <input type="checkbox"/>	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 registrerad i Svevac <input type="checkbox"/>	

Vaccinatörens namn: \_\_\_\_\_ Signatur: \_\_\_\_\_