

## استمارة أسئلة حول التلقيح ضد المكورة الرئوية

بيانات المريض:

الاسم \_\_\_\_\_ الرقم الشخصي \_\_\_\_\_

نرجو منك الإجابة على الأسئلة التالية قبل إجراء التلقيح ضد المكورة الرئوية:

1. هل لديك حمى و/أو عدوى طارئة الآن؟  لا  نعم
2. هل تعرضت إلى أي مشاكل عندما تم تطعيمك في السابق؟  لا  نعم
3. هل تعرضت إلى رد فعل وحساسية خطيرة في السابق؟  لا  نعم
4. هل تتناول أدوية مميعة للدم، مثل Waran، بصورة منتظمة  لا  نعم
5. هل تم تلقيحك ضد المكورة الرئوية في السابق؟  لا  نعم
- في أي سنة حصلت على اللقاح ضد المكورة الرئوية؟ \_\_\_\_\_
6. هل تنتمي إلى مجموعة متعرضة للخطر، مثل:  لا  نعم

- عدم وجود الطحال أو طحال غير فعال
- كسر الجمجمة أو تسرب السائل النخاعي
- أمراض القلب أو الرئتين أو الكلى المزمنة
- تناول كميات كبيرة من الكحول أو إدمان الكحول
- لحام متعرض لكميات كبيرة من الدخان السام
- زراعة القوقعة للمساعدة على السمع
- جهاز مناعي ضعيف بسبب مرض أو مداواة (مثل فيروس نقص المناعة والورم اللمفي والعلاج الكيميائي)
- عمر 65 سنة أو أكثر
- مرض السكر
- مدخن لديه إصابات في الرئتين
- تشمع الكبد - التليف الكبدي

7. هل أنت حامل؟ يجب عدم تطعيم النساء الحوامل ضد المكورة الرئوية!  لا  نعم

الاسم: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_

### المعلومات أدناه تملؤها عيادة التلقيح

Ordinatörens namn:	Vaccinationsdatum:
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"/>	Pneumovax <input type="checkbox"/>
Ev. annan lokalisering för administrering:	Batch-/lotnummer:
Ev. kommentar:	
Vaccinationen registrerad i Svevac <input type="checkbox"/>	