

Frågeformulär influensavaccination 2020 - 2021

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 haft några problem vid tidigare vaccinationer? Ja Nej
3. Är du allergisk mot ägg? Ja Nej
4. Har du reagerat med anafylaxi (allergisk chock) mot ägg? Ja Nej
5. Har du annan allvarlig allergi? Ja Nej
6. Tar du blodförtunnande medicin, t.ex. Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis regelbundet? (gäller ej Trombyl) Ja Nej
7. Tillhör du någon medicinsk riskgrupp, exempelvis: Ja Nej
 - Kronisk hjärt-, lever- eller njursjukdom
 - Kronisk lungsjukdom KOL eller svår astma
 - Sjukdom som leder till nedsatt lungfunktion eller försämrad hostkraft
 - Instabil sockersjuka (diabetes mellitus)
 - Gravy nedsatt infektionsförsvar, t.ex. cellgiftbehandling.
8. Är du gravid i minst vecka 16 och utan sjukdom som räknas upp ovan? Ja Nej
9. Varje höst kan du få ett SMS som påminner dig när det är dags för influensavaccination. Vill du veta mer? Ja Nej
10. Är du personal i patientnära vård och omsorg i Region Sörmland Ja Nej

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen om vaccination bedöms indicerat.

Vaccinationsdatum:	Ordinatörens namn:
Vaxigrip Tetra <input type="checkbox"/>	Annat vaccin namn:
Administreringssätt: 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"/>	Registrerad i Svevac som personalvaccination <input type="checkbox"/>

Vaccinatörens namn: _____

Signatur: _____