

## استمارة أسئلة حول التلقيح ضد الأنفلونزا

بيانات المريض:

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

نرجو منك الإجابة على الأسئلة التالية قبل إجراء التلقيح ضد الأنفلونزا:

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 لديك حساسية للبيض؟  لا  نعم
4. هل أصبت بردًا فعل شديد ضد البيض (صدمة الحساسية)؟  لا  نعم
5. هل تعاني من حساسية خطيرة أخرى؟  لا  نعم
6. هل تتناول أدوية مميعة للدم مثل Waran أو Fragmin أو Pradaxa أو Xarelto أو Eliquis بصورة منتظمة؟ (لا ينطبق على (Trombyl))  لا  نعم
7. هل تنتمي إلى مجموعة متعرضة للخطر، مثل:
  - أمراض القلب أو الكبد أو الكلى المزمنة
  - مرض الرئة الانسدادي المزمن أو ربو شديد
  - مرض يؤدي إلى ضعف الرئتين أو مقدره منخفضة على السعال
  - مرض السكري الغير منضبط
  - ضعف مناعة شديد، مثل العلاج الكيميائي
8. هل أنت حامل في الأسبوع 16 على الأقل ولا تعانين من أي مرض من الأمراض أعلاه؟  لا  نعم
9. يمكنك الحصول على رسالة نصية قصيرة في كل فصل خريف لتذكيرك بأن الوقت حان لإجراء التلقيح ضد الأنفلونزا. هل تريد معرفة المزيد؟  لا  نعم
10. هل أنت موظف في الرعاية والعناية وتعمل بجوار المرضى في مقاطعة سورملاند؟  لا  نعم

الاسم: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_

### المعلومات أدناه تملؤها عيادة التلقيح

Ordinatörens namn:	Vaccinationsdatum:
Annat vaccin namn:	Vaxigrip Tetra <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"/>
Ev. annan lokalisation för administrering:	Batch-/lotnummer:
Ev. kommentar:	
Registrerad i Svevac som personalvaccination <input type="checkbox"/>	Vaccinationen är registrerad i Svevac <input type="checkbox"/>