

پرسشنامه واکسین در مقابل انفلونزا influenza

اطلاعات در مورد مریض:

شماره شخصی

اسم

قبل از واکسین نمودن، ما از شما خواهش میکنیم که به سوالات ذیل جواب بدهید:

۱. آیا شما فعلا تب و/ یا کدام عفونت جاری، را دارید؟
 بلی خیر
۲. آیا در ارتباط با واکسینها در گذشته کدام مشکل برای تان بوجود آمده بود؟
 بلی خیر
۳. آیا شما در مقابل تخم مرغ حساسیت دارید؟
 بلی خیر
۴. آیا شما در مقابل تخم مرغ حساسیت بسیار شدید (شوک آلرژی) anafylaxi نشان داده اید
 بلی خیر
۵. آیا شما کدام آلرژی شدید دیگر، را دارید؟
 بلی خیر
۶. آیا شما از ادویه ی رفیق کننده خون به طور منظم استفاده میکنید؟ مثلا واران، فراگمین، پرداکسا، اکساریلوت (در مورد ترومبیل اعتبار ندارد)
 بلی خیر
۷. آیا شما از جمله افراد ذیل که به صورت خاص در معرض ابتلا به
 - مرض مزمن قلب، جگر یا گرده
 - مرض مزمن شش یا اسمای شدید
 - مرضیکه باعث ضعف فعالیت شش یا قوه سرفه کردن میگردد
 - مرض شکر متغیر (diabetes mellitus)
 - ضعف شدید مقاومت در مقابل عفونت مثلا تداوی شعایی.
 هستید؟
 بلی خیر
۸. آیا شما اقلا در هفته ۱۶ حاملگی و بدون امراضیکه در بالا ذکر شدند، هستید؟
 بلی خیر
۹. هر خزان برای شما یک پیام ارسال میگردد که به شما یاد آوری میکند که وقت واکسین فرا رسیده است. آیا میخواهید بیشتر بدانید؟
 بلی خیر
۱۰. آیا شما از جمله کارکنان بخش تداوی و پرستاری نزدیک از مریضان در منطقه سیورملاند هستید؟
 بلی خیر

اسم: _____ امضاء: _____

اطلاعات ذیل از طرف بخش واکسیناسیون خانه پری میگردد

Ordinatörens namn:	Vaccinationsdatum:
Annat vaccin namn:	Vaxigrip Tetra <input type="checkbox"/>
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"/>	
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"/>