

Kyselylomake influenssarokotuksen yhteydessä

Potilastiedot:

Nimi _____

Henkilönumero _____

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ennen influenssarokotteen antamista:

1. Onko sinulla juuri nyt kuumetta ja/tai jokin akuutti infektio? Kyllä Ei
2. Onko sinulla ollut aiemmin ongelmia rokotusten yhteydessä? Kyllä Ei
3. Oletko allerginen kananmunalle? Kyllä Ei
4. Oletko reagoinut kananmuniin anafylaktisella (allergisella) sokilla? Kyllä Ei
5. Onko sinulla muita vakavia allergioita? Kyllä Ei
6. Käytätkö säännöllisesti jotakin verenohennuslääkettä, esim. Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto tai Eliquis? (ei koske Trombylia) Kyllä Ei
7. Kuulutko johonkin lääketieteelliseen riskiryhmään? Esimerkkejä: Kyllä Ei
 - Krooninen sydän-, maksa- tai munuaissairaus
 - Krooninen keuhkosairaus, kuten keuhkohtaumatauti (KOL) tai vaikea astma
 - Sairaus, joka alentaa keuhkojen toimintakykyä tai heikentää yskimisvoimaa
 - Epävakaa diabetes (diabetes mellitus, sokeritauti)
 - Vahvasti heikentynyt vastustuskyky infektioita vastaan esim. sytostaattihoidon johdosta.
8. Oletko raskaana vähintään 16. viikolla ilman edellä mainittuja sairauksia? Kyllä Ei
9. Voit saada joka syksy tekstiviestin, jossa muistutetaan influenssarokotuksesta. Haluatko lisätietoa? Kyllä Ei
10. Työskenteletkö Sörmlandin alueen potilasläheisen hoidon piirissä? Kyllä Ei

Nimi: _____

Nimikirj.: _____

Rokotusvastaanotto täyttää alla olevat tiedot

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