avonova

# Vaccinationsformulär Influensa

Datum: _____

Namn: _____ Personnummer: _____

Telefonnummer dagtid: _____

Företag: _____ Avdelning/Kostnadsställe: _____

Vaccinationsfrågor

1. Har du tidigare reagerar ogynnsamt vid något vaccintillfälle?
   JA ☐ NEJ ☐
   Kommentar: _____

2. Är du allergisk mot något läkemedel eller kemiskt ämne?
   JA ☐ NEJ ☐
   Kommentar: _____

3. Är du allergisk mot ägg eller kyckling?
   JA ☐ NEJ ☐
   Kommentar: _____

4. Är du gravid?
   JA ☐ NEJ ☐
   Kommentar: _____

5. Tar du något blodförtunnande läkemedel?
   JA ☐ NEJ ☐
   Kommentar: _____

Underskrift: .....

Vaccinnamn: _____ Batch: _____

Givet i: Vänster arm ☐ Höger arm ☐

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Utfärdare** | Eva-Karin Boström | **Senast ändrat - datum** | 2025-10-07 |
| **Godkänd för publicering** | Salima Sakket Santikos,<br>Tjänste- och Produktchef | **Senast ändrat av utfärdare** | Eva-Karin Boström |