|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Namn: | | | Personnummer: | | | | |
| Telefonnummer: | | | | | | | |
| Arbetsgivare: | | | | | | | |
| Inför din vaccination ber vi dig svara på följande frågor: | | | | | | | |
| 1. Har du feber eller någon akut infektion nu? | | | | | JA | NEJ | |
| 2. Har du haft några problem vid tidigare vaccinationer? | | | | | JA | NEJ | |
| 3. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du behövt sjukhusvård för? | | | | | JA | NEJ | |
| 4. Är du allergisk mot ägg? | | | | | JA | NEJ | |
| 5. Har du några sjukdomar?  Om JA vilken/vilka? | | | | | JA | NEJ | |
| 6. Tar du mediciner?  Om JA vilken/vilka? | | | | | JA | NEJ | |
| 7. Är du gravid? | | | | | JA | NEJ | |
| 8. Har du nyligen (inom 1 månad) fått något annat vaccin? | | | | | JA | NEJ | |
| 9. Har du blodsmitta (Hepatit B, C eller HIV)? | | | | | JA | NEJ | |
| 10. Samtycke till sammanhållen journal | | | | | JA | NEJ | |
| Har du svarat ja på någon av frågorna 1-7 kommer sköterskan att rådgöra med din läkare innan Du kan få Din vaccination. | | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Datum: | Underskrift arbetstagare: | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| Datum för vaccination: | Vaccinatör: | | | | | | |
| Vaccin: | Ordinatör: | | | | | | |
| Dos: | Administreringssätt: | i.m hö. arm | | i.m vä. arm | | | |
| Batch-/Lotnummer: | Ev. annan lokalisering: | | | | | | |
|  | | | | | | | |