

## Vaccinationsformulär Influensa

Datum: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer dagtid: \_\_\_\_\_

Företag: \_\_\_\_\_ Avdelning/Kostnadsställe: \_\_\_\_\_

### Vaccinationsfrågor

1. Har du tidigare reagerat 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: .....

Vaccinamn: \_\_\_\_\_ Batch: \_\_\_\_\_

Givet i: Vänster arm  Höger arm

<b>Utfärdare</b>	Anna Augustsson	<b>Senast ändrat - datum</b>	2023-10-20
<b>Godkänd för publicering</b>	Salima Sacket Santikos, Tjänste- och Produktchef	<b>Senast ändrat av utfärdare</b>	Anna Augustsson

