|  |  |
| --- | --- |
| 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 läkareinnan 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:       |
|  |