

Hälsodeklaration Influensavaccination

PERSONUPPGIFTER

Förnamn

Efternamn

Personnummer 10 siffror

Fylls i av dig som ska vaccineras

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu? | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du behövt sjukhusvård för? | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 3. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård? | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 4. Har du ökad blödningsbenägenhet p g a sjukdom eller behandling? | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 5. Är du gravid? | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 6. Är du allergisk mot ägg? | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 7. Bor du i samma hushåll som person med kraftigt nedsatt immunförsvar? | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 8. Är du under 65 år och tillhör någon riskgrupp, t ex diabetes, hjärt- eller lungsjukdom, nedsatt immunförsvar, njur- eller leversvikt? | Ja ☐ | Nej ☐ |
| 9. Är du personal med anställning inom Region Gävleborg? | Ja ☐ | Nej ☐ |

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen om vaccination bedöms indicerat.

Vaccinationsdatum:	
Utförande mottagning/enhet:	
Fluarix 0,5 ml ☐	Fluad 0,5 ml ☐
Administreringssätt:	
Hö arm ☐ i.m. ☐ s.c. ☐	Vä arm ☐ i.m. ☐ s.c. ☐
Batch-/lotnummer (klistra etiketten här)	

Ordinatörens namn (texta tydligt)

Signatur

Vaccinatörens namn (texta tydligt)

Signatur