Region Gävleborg

Hälsodeklaration Influensavaccination

PERSONUPPGIFTER

Förnamn Efternamn Personnummer 10 siffror

Fylls i av dig som ska vaccineras

1. Har du feber och/eller någon aktut 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

2025-09

Dokument-ID: 09-902163