

Hälsodeklaration vid influensa- och pneumokockvaccination

Fylls i av patient:

Namn	Personnummer
------	--------------

Jag önskar bli vaccinerad mot Influensa Pneumokockinfektioner

- Är du allergisk mot ägg? Ja Nej
- Lider du av någon akut reumatisk sjukdom? Ja Nej
- Har du pågående infektion med feber? Ja Nej
- Är du gravid före vecka 16? Ja Nej
- Har du blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet, t ex waranbehandling? Ja Nej
- Har du reagerat med t ex yrsel, svimning, andnöd eller utslag i samband med tidigare vaccination? Ja Nej

Övriga upplysningar

- Tidigare vaccinerad mot influensa? Ja År?..... Nej
- Tidigare vaccinerad mot pneumokockinfektioner (bakterier som kan orsaka bl a lunginflammation) Ja År?..... Nej

.....
Datum Namnteckning

Fylls i av vårdpersonal:

Influensavaccin Vaxigrip Tetra® 0,5 ml	im ev. sc	Hö arm	Vä arm
	Batchnr		
Pneumokockvaccin Pneumovax® 0,5 ml	im ev. sc	Hö arm	Vä arm
	Batchnr		
Ordinatör:			
Vaccinatör:			