

HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot influensa

Fyll i en hälsodeklaration per person.
För barn/ungdom under 18 år krävs
vårdnadshavarens underskrift.

01. Vaccinationsdatum _____

02. Personnr _____

03. Namn _____

04. Har du/ditt barn allergi mot ägg?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
05. Har du/ditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
06. Har du/ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
07. Har du/ditt barn fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
08. Har du/ditt barn blödersjuka?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
09. Har du/ditt barn någon kronisk sjukdom?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
09a. Om ja, har du/ditt barn:		
09b. Kronisk lungsjukdom, inkl. astma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
09c. Kraftig övervikt (BMI>40)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
09d. Neuromuskulär sjukdom (t ex MS)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
09e. Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
09f. Ökad risk för infektioner (t ex immunsbristsjukdom, men också andra tillstånd såsom cancer eller autoimmunitet där sjukdomen i sig eller behandlingen medför en ökad risk för infektioner)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
09g. Kronisk lever- eller njursvikt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
09h. Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
09i. CP/multifunktionshandikapp	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
10. Är du gravid?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
10a. Om ja, vilken graviditetsvecka _____		
11. Samtycker du till att dina/ditt barns vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej

Fyll i denna fråga inför dos 2 av vaccinet mot nya influensan

12. Fick du/ditt barn några biverkningar efter den första dosen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
12a. Om ja, kryssa för alternativ här		
Kraftig rodnad/svullnad mer än 5 cm	<input type="radio"/>	
Kraftig rodnad/svullnad mer än 10 cm	<input type="radio"/>	
Feber mer än 38,5 grader	<input type="radio"/>	
Annan reaktion	<input type="radio"/>	

14. Jag samtycker till att mitt barn vaccineras. Ja Nej

13. Namnunderskrift av den som ska vaccineras

15. Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

Namnförtydligande

Namnförtydligande