

Hälsodeklaration, medgivande

+

Journalunderlag för vaccination mot nya influensan A(H1N1)

+

Ifylles av dig som ska vaccineras

Könummer.....

Namn..... Telefon.....

Personnummer

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | - | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|

Listad på hälsocentral/geografiskt område.....

Vaccinationsplats.....

(Hälsocentral, vaccinationscentral, mottagning, avdelning etc)

- Är du allergisk mot ägg? Ja Nej
- Har du fått annan vaccination senaste månaden? Ja Nej Vilken?.....
- Har du feber? Ja Nej
- Är du blödarsjuk eller tar du blodförtunnande medicin t.ex. Waran? Ja Nej
- Har du vid tidigare influensavaccination fått kraftig biverkning? Ja Nej
- Jag tillhör följande grupp:

| | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|
| Gravid/riskgrupp | <input type="checkbox"/> | Vilken?..... |
| Vårdpersonal | <input type="checkbox"/> | |
| Övriga | <input type="checkbox"/> | |

För barn under 18 år eller vid behov för annan person. Härmed ger jag, som vårdnads-
havare/anhörig/god man för ovanstående, mitt medgivande att vaccin mot nya influensan får ges:

Namn..... Datum.....

Ifylls av vaccinatören

Dos 1. Inj. Pandemrix

Batchnr/Lotnr: A81C.....

(avser batchnr på ytterkartong/klisterlapp)

Dos 0,25 ml im 0,5 ml im

Vaccinationsställe Överarm Lår

Annat Var?.....

Ordinerat av.....

(Ifylles då den som ger vaccinet ej får ordinera)

Berett/iordningställt av.....

(Ifylles då annan person än den som ger vaccinet har berett/iordningsställt)

Givet av.....

Datum

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tidpunkt

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Dos 2. Inj. Pandemrix

Batchnr/Lotnr: A81C.....

(avser batchnr på ytterkartong/klisterlapp)

Dos 0,25 ml im 0,5 ml im

Vaccinationsställe Överarm Lår

Annat Var?.....

Ordinerat av.....

(Ifylles då den som ger vaccinet ej får ordinera)

Berett/iordningställt av.....

(Ifylles då annan person än den som ger vaccinet har berett/iordningsställt)

Givet av.....

Datum

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tidpunkt

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Detta journalunderlag ska efter den veckovisa rapporteringen skickas till den hälsocentral som personen hör till.

+

+