

# Hälsodeklaration inför vaccination mot säsongsinfluensa

Gäller för: Hälso- och sjukvård, Kommunal vård och omsorg

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

## Fylls i av dig som ska vaccineras:

1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? Ja  Nej
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för? Ja  Nej
3. Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin? Ja  Nej
4. Är du gravid? Ja  Nej
5. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna? Ja  Nej
6. Är du allergisk mot ägg? Ja  Nej
7. Har du någon sjukdom eller medicin som påverkar ditt immunförsvar? Ja  Nej

## För vaccinerande enhet:

Medicinsk riskgrupp för influensa eller ålder 65 år eller äldre Ja  Nej

Vaxigrip Tetra <input type="checkbox"/>	Fluzone HD <input type="checkbox"/>	Ordinerat av	
Vaccinationsdatum		Givet av	
Dos		i.m. <input type="checkbox"/>	s.c. <input type="checkbox"/>
Höger arm <input type="checkbox"/>	Vänster arm <input type="checkbox"/>	Annan plats <input type="checkbox"/>	Batchnummer