

Dokumenttyp Formulär	Ansvarig verksamhet Smittskydd Värmland	Version 4	Antal sidor 1
Dokumentägare Elisabeth Skalare Levein Smittskyddssjuksköterska	Fastställare Ingemar Hallén Smittskyddsläkare	Giltig fr.o.m. 2019-04-09	Giltig t.o.m. 2019-07-01

## Svevac - underlag för vaccination mot influensa

Gäller för: Hälso- och sjukvård

<b>Personnummer:</b>	
<b>Namn:</b>	

### För patienten

Inför vaccinationen mot *influensa* ber vi dig svara på följande frågor:

Har du tidigare fått någon allvarlig reaktion  
(som yrsel, svimning, andnöd eller utslag)  
i samband med att du blivit vaccinerad?

Ja       Nej       Vet ej

Är du allergisk mot ägg?

Ja       Nej       Vet ej

Har du en annan allvarlig allergi?

Ja       Nej       Vet ej

Har du ökad blödningsrisk p.g.a. medicinering  
(t.ex. Waran) eller sjukdom (t.ex. lågt antal  
blodplättar)?

Ja       Nej       Vet ej

Har du någon sjukdom eller medicin som  
påverkar ditt immunförsvar?

Ja       Nej       Vet ej

Är du gravid?

Ja       Nej       Vet ej

### För vaccinerande enhet

Medicinsk riskgrupp för svår influensa eller ålder > 65 år? Ja       Nej

Vaccinationsdatum: \_\_\_\_\_

Vaccin: \_\_\_\_\_

Vaccinatör: \_\_\_\_\_

Dos      0,5 ml

Administreringssätt:      Hö arm

i.m.       s.c.       Vä arm

Batch-/lotnummer: \_\_\_\_\_

Ev. annan lokalisation för administrering: \_\_\_\_\_

Ev. kommentar

**Alla vaccinationer ska registreras i Svevac.**

**Dokumentet är utarbetat av:** Elisabeth Skalare Levein