

---

## Influensa- och pneumokockvaccination - frågeformulär

Inför din vaccination mot influensa och/eller pneumokocker ber vi dig svara på följande frågor:

- 1) Har du feber eller någon akut infektion nu? Ja  Nej
- 2) Har du haft några problem vid tidigare vaccinationer? Ja  Nej
- 3) Har du fått en allvarlig allergisk reaktion vid någon tidigare vaccination? Ja  Nej
- 4) Medicinerar du med cellgift eller andra läkemedel som hämmar immunförsvaret? Har du någon annan sjukdom som nedsätter ditt immunförsvaret? Ja  Nej
- 5) Är du allergisk mot ägg? Ja  Nej
- 6) Är du gravid? Ja  Nej

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Legitimation

Vårdpersonal kan dokumentera givna vaccindoser på baksidan.

## Influensa- och pneumokockvaccination - frågeformulär

<b>FYLLS I AV VÅRDPERSONAL</b>	
Betalande patient	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kontraindikation mot vaccination	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<b>Vilken grupp/riskgrupp tillhör personen?</b>	
Person 65 år och äldre	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Person yngre än 65 år som tillhör medicinsk riskgrupp	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hushållskontakt till person med nedsatt immunförsvar	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Gravid kvinna efter graviditetsvecka 16	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Vårdpersonal	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<b>Vaxigrip Tetra</b> 0,5 ml	Lot:
Administreringsätt	vä arm <input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/>
<b>Pneumovax</b> 0,5 ml	Lot:
Administreringsätt	vä arm <input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/>
<b>Synflorix</b> 0,5 ml	Lot:
Administreringsätt	vä arm <input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/>
<b>Prevenar 13</b> 0,5 ml	Lot:
Administreringsätt	vä arm <input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/>
<b>Fluenz Tetra</b> 0,2 ml (0,1 ml per näsborre)	Lot:
Administreringsätt	nasalt i vardera näsborren <input type="checkbox"/>