

Underlag för vaccination mot influensa

Namn:

Personnummer:

För patienten

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

- | | Ja | Nej | Vet ej |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du tidigare fått någon allvarlig reaktion (som yrsel, svimning, andnöd eller utslag) i samband med att du blivit vaccinerad? | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Är du allergisk mot ägg? | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Har du annan allvarlig allergi? | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Medicinerar du med någon blodförtunnande medicin, t.ex. Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis? (gäller ej acetylsalicylsyra, t.ex. Trombyl) | ☐ | ☐ | ☐ |

Varje höst kan du få ett SMS som påminner dig när det är dags för influensavaccination. Vill du veta mer? ☐ ☐

För vaccinerande enhet

Medicinsk riskgrupp för svår influensa eller ålder ≥ 65 år? Ja ☐ Nej ☐		Vaccinationsdatum:
Ordinator:	Vaccinator:	
Vaccin:	Batch-/lotnummer:	
Dosering: 0,5 ml ☐		
Administreringssätt: Intramuskulärt ☐ Subcutant ☐	Lokalisation:	Höger arm ☐ Vänster arm ☐ Annat ☐