

Förvaltning

 Ägare
 Anne Lennell

 Reviderat datum
 2020-10-09

 Verksamhet
 Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen, Privata
 vårdcentraler

 Slutgranskare
 Anne Lennell

Diariernr

 Dokumentkategori
 Manual

 Fastställare
 Anne Lennell

 Giltigt datum fr o m
 2020-10-09

Influensa - Journal för vaccination

 Namn..... Personnr

| | | | | |
|----|-----|-----|---|---------|
| år | mån | dag | - | 4 sista |
| | | | | |

| | |
|-----|--------|
| Man | Kvinna |
| | |

Är du allergisk mot ägg?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nej |

Har du feber nu?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nej |

Har du reagerat mot vaccin tidigare?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nej |

Använder du blodproppshämmande läkemedel (ex. Waran, NOAK preparat)?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nej |

Blödarsjuk?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nej |

Har du någon sjukdom eller behandling som påverkar ditt immunförsvar?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nej |

Annat?.....

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nej |

Tillhör du någon riskgrupp?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Nej |

1. personer 65 år och äldre
2. gravida - efter graviditetsvecka 16
3. vuxna och barn from 6 månader med följande sjukdomar eller tillstånd:
 - kronisk hjärtsjukdom
 - kronisk lungsjukdom, såsom KOL och svår astma
 - andra tillstånd som leder till nedsatt lungfunktion eller försämrad hostkraft och sekretstagnation (till exempel extrem fetma, BMI >40, neuromuskulära sjukdomar eller flerfunktionshinder)
 - kronisk lever- eller njursvikt
 - diabetes mellitus
 - tillstånd som innebär kraftigt nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller behandling

Nedanstående fylls i av ordinator/vaccinator

Vaccin.....

Ordinerat av Sign

 Given dosim/sc..... Batch.....
arm

 Datum **ÅÅ-MM-DD**

 Vaccinator

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