Del 1 fylls i av den som ska vaccineras/ vårdnadshavare

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personnummer  | Förnamn  | Efternamn |

Uppgifter

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Uppgifter innan vaccinering | JA | NEJ |
| 1. *För kvinnor : Är du gravid, eller ammar du?*
 |  |  |
| 1. Har du någon pågående infektionssjukdom?
 |  |  |
| 1. Har du feber?
 |   |  |
| 1. Lider du av någon kronisk sjukdom?
 |  |  |
| 1. Har du tidigare reagerat på vaccination?
 |  |  |
| 1. Är du allergisk mot något? (ex ägg, hönsfjäder, konserveringsmedel)
 |  |  |
| 1. Jag känner mig frisk
 |  |  |

|  |
| --- |
|  Om någon/ eller några av frågorna 1-6 besvaras med ”ja” ge detaljerna här:  |

I samband med vaccination kan du få rodnad, svullnad eller smärta lokalt på stället för vaccinationen. En del personer kan även reagera med trötthet, feber eller sjukdomskänsla.

Informationen i detta formulär förs in i elektronisk journal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Din underskrift