

Hälsodeklaration och ordinationsunderlag inför vaccination mot influensa 2024-2025

Personnummer _____

Namn _____

För patienten

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

Datum:	Ja	Nej	Vet ej
Har du tidigare fått någon allvarlig reaktion i samband med att du blivit vaccinerad, t ex yrsel, svimning, andnöd eller utslag ?			
Är du allergisk mot ägg?			
Har du annan allvarlig allergi?			
Medicinerar du med någon blodförtunnande medicin? (gäller ej Trombyl)			
Har du någon sjukdom, behandling eller medicin som påverkar ditt immunförsvar?			

För vaccinerande enhet

Vaccinationsdatum: _____

Ordinator: _____

Vaccinator: _____

Ordinerat och givet vaccin:

Vaxigrip Tetra 1 dos (0,5 ml) Efluelda Tetra* 1 dos (0,7 ml)

förstärkt vaccin som erbjuds personer boende på säbo och personer med hemsjukvård som rekommenderas influensavaccination enligt Folkhälsomyndigheten. Vaccinet är godkänt för personer **60 år och äldre).*

Administreringssätt: Deltoideusmuskel - hö överarm vä överarm

Batch/lotnummer: _____

Övrigt: _____