

# HÄLSODEKLARATION

INFLUENSAVACCINATION 2020/2021



## FYLL I DINA UPPGIFTER

Namn	Personnummer
------	--------------

Har du en pågående infektion med feber?  Ja  Nej

Tar du någon blodförtunnande medicin, till exempel Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis?  Ja  Nej

Är du allergisk mot ägg?  Ja  Nej

Har du fått någon allvarlig reaktion i samband med tidigare vaccination? Till exempel yrsel, svimning, andnöd eller utslag.  Ja  Nej

## FYLLS I AV VÅRDPERSONAL

Betalande patient	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej				
Kontraindikation för vaccination	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej				
<b>Influvac Tetra 0,5 ml</b>	Lot:							
Lokalisation & administration	<input type="checkbox"/>	vä arm	<input type="checkbox"/>	hö arm	<input type="checkbox"/>	s.c.	<input type="checkbox"/>	i.m.
Övriga noteringar								
Datum	Vaccinatör							