

## Information och erbjudande om vaccination mot den nya influensan

Den nya influensan A(H1N1) är ett nytt influensavirus som sprids över hela världen. För de flesta är influensa en ofarlig men obehaglig sjukdom. Feber, hosta, halsont, ont i kroppen och huvudvärk under 4 till 5 dagar är vanliga symptom. Vaccinering gör att sjukdomen lindras eller att den aldrig bryter ut hos den person som är vaccinerad. Färre blir sjuka och smittspridningen begränsas.

Alla skolelever i landet kommer att erbjudas gratis vaccination. För bästa effekt skall man vaccineras två gånger med minst tre veckors mellanrum. Vaccinationen är frivillig.

Meddela om du vill att ditt barn skall vaccineras eller inte genom att kryssa *Ja* eller *Nej* i rutan nedan. Samtycket gäller även för en andra dos. Inför vaccination ber vi er också besvara frågorna i hälsodeklarationen nedan.

Har ditt barn någon kronisk sjukdom som gör att han/hon tillhör någon av riskgrupperna för den nya influensan? Då ska han/hon inte vaccineras i skolhälsovården. För definition av riskgrupper och var vaccination då ska ske v.g. se annons i dagspress eller på [www.1177.se/vgregion](http://www.1177.se/vgregion).

Om ni har ytterligare frågor kring detta eller känner er tveksamma, kontakta skolsköterskan!

✂ -----

Avskiljes och återlämnas till skolsköterskan eller klassläraren senast .....

\_\_\_\_\_  
Elevens namn

\_\_\_\_\_  
Personnummer (tio siffror)

\_\_\_\_\_  
Skola / Klass

### Hälsodeklaration

Har barnet

- allergi mot ägg? ..... Nej  Ja\*
- annan allvarlig allergi? ..... Nej  Ja\*
- regelbunden medicinering?..... Nej  Ja\*
- någon form av blödarsjuka? ..... Nej  Ja\*
- redan vaccinerats mot den nya influensan? ..... Nej  Ja\*
- nyligen (inom 1 månad) vaccinerats med något annat vaccin? ..... Nej  Ja\*
- fått en allvarlig allergisk reaktion vid någon tidigare vaccination?..... Nej  Ja\*

\* Om du kryssat *Ja*, kan du lämna mer upplysning på baksidan

**Ja**, jag vill att mitt barn vaccineras mot influensa A(H1N1)

**Nej**, jag vill inte att mitt barn vaccineras mot influensa A(H1N1)

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares namn\* / Elevens namn > 18 år

\_\_\_\_\_  
Telefon dagtid

\*För båda vårdnadshavarna

Personuppgifter som lämnats på denna blankett kommer att läggas i elevens journal samt dokumenteras i Svevac, ett nationellt informationssystem för vaccinationer. Vill du läsa mer om patientens rättigheter enligt patientdatalagen, gå in på [www.1177.se/vgregion](http://www.1177.se/vgregion)

Denna sidas information har utarbetats av Socialstyrelsen med smärre justeringar av Smittskyddsenheten i Västra Götaland.

✂ -----

**Hälsodeklaration** – ev. ytterligare upplysningar från vårdnadshavare / elev > 18 år

---

---

---

---

**För vaccinerande enhet**

**Dos I**

Medicinsk riskgrupp för den pandemiska influensan? Ja  Nej

Ordinatör \_\_\_\_\_ Vaccinationsdatum: \_\_\_\_\_

Vaccin: **Pandemrix** Vaccinatör: \_\_\_\_\_

Dos: 0,25 ml  Administreringsätt: i.m. hö arm   
0,5 ml  i.m. vä arm

Batch-/lotnummer: \_\_\_\_\_ Ev. annan lokalisation för administrering: \_\_\_\_\_

Ev. kommentar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**För vaccinerande enhet**

**Dos II**

Ordinatör \_\_\_\_\_ Vaccinationsdatum: \_\_\_\_\_

Vaccin: **Pandemrix** Vaccinatör: \_\_\_\_\_

Dos: 0,25 ml  Administreringsätt: i.m. hö arm   
0,5 ml  i.m. vä arm

Batch-/lotnummer: \_\_\_\_\_ Ev. annan lokalisation för administrering: \_\_\_\_\_

Ev. kommentar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_