

Underlag för pandemivaccination (Pandemrix)

Personnr: _____

Namn: _____
V.g. texta

För patienten

Inför vaccinationen mot den pandemiska influensan ber vi dig svara på följande frågor:

1. Har du tidigare fått någon allvarlig reaktion (som yrsel, svimning, andnöd eller utslag) i samband med att du blivit vaccinerad? Ja Nej Vet ej
2. Är du allergisk mot ägg? Ja Nej Vet ej
3. Medicinerar du med någon blodförtunnande medicin, t.ex. Waran eller Fragmin? (gäller ej Trombyl) Ja Nej Vet ej
4. Har du någon sjukdom eller medicin som påverkar ditt immunförsvar? Ja Nej Vet ej
5. Har du nyligen (inom 1 månad) fått något annat vaccin? Ja Nej Vet ej
6. Tillhör du någon medicinsk riskgrupp för den pandemiska influensan? Ja Nej Vet ej

För vaccinerande enhet

Medicinsk riskgrupp för den pandemiska influensan? Ja Nej

Ordinator _____

Vaccinationsdatum: _____

Vaccin: **Pandemrix**

Vaccinator: _____

Dos: 0,25 ml
0,5 ml

Administreringssätt: i.m. hö arm
i.m. vä arm

Batch-/lotnummer: _____

Ev. annan lokalisation för administrering: _____

Ev. kommentar: _____
