ÖREBRO LÄNS LANDSTING
Smittskyddsenheten

Skriv tydligt! Tryck hårt!

Journal för influensavaccination, Pandemivaccin 2009-10 ÖLL

Namn _____ Personnr ÅÅÅÅ-MM-DD ☐☐☐☐☐☐☐☐ - 4 sista ☐☐☐☐ Man ☐ Kvinna ☐

	Ja	Nej
Är du allergisk mot ägg?	☐	☐
Har du feber nu?	☐	☐
Är du gravid?	☐	☐
Har du reagerat mot vaccin tidigare?	☐	☐
Annan svår allergi?	☐	☐
Waranbehandlad/Blödarsjuk?	☐	☐
Annat ……....	☐	☐
Tillhör du någon riskgrupp:	☐	☐

- kronisk lungsjukdom
- extrem fetma eller neuromuskulär sjukdom som påverkar andningen
- kronisk hjärtkärlsjukdom (ej bara förhöjt blodtryck)
- immunsuppression (oavsett genes, inklusive HIV)
- kronisk lever- eller njursvikt (GFR<30ml/min)
- diabetes mellitus där febersjukdom kan befaras leda till komplikationer
- kontinuerligt behov av läkemedel mot astma under de senaste tre åren
- CP/ multifunktionshandikapp/Downs syndrom

Nedanstående fylls i av personalen **Enhet** ……

Ovanstående kan vaccineras mot influensa **Ja** ☐ **Nej** ☐ ÅÅ-MM-DD

Ordinatör…….....…… Datum ☐☐☐☐☐☐

☐ Pandemrix, dos nr 1 Batchnr……(klisterlapp)…….....
☐ 0,5ml ☐ 0,25 ml Vaccinatör…….....…… Datum ☐☐☐☐☐☐

☐ Pandemrix, dos nr 2 Batchnr……(klisterlapp)…….....
☐ 0,5ml ☐ 0,25 ml Vaccinatör…….....…… Datum ☐☐☐☐☐☐

☐ Säsongsvaccin Batchnr……(klisterlapp)…….....
☐ 0,5ml ☐ 0,25 ml Vaccinatör…….....…… Datum ☐☐☐☐☐☐

Biverkan ……..

Sign ……..... Datum ☐☐☐☐☐☐

Övrigt ……

9398338407