

Blanketter  
Vaccinationer  
HSL

**Underlag för vaccination mot säsongsinfluensa 2015/2016 (Vaxigrip)**

Personnr: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_  
*v.g. texta***För anställd/patient**

Inför vaccinationen mot säsongsinfluensan ber vi dig svara på följande frågor:

1. Har du haft några problem vid tidigare vaccinationer? Ja  Nej  Vet ej
2. Är du allergisk mot ägg? Ja  Nej  Vet ej
3. Har du annan allvarlig allergi? Ja  Nej  Vet ej
4. Medicinerar du med någon blodförtunnande Medicin, t.ex. Waran eller Fragmin? (gäller ej Trombyl) Ja  Nej  Vet ej
5. har du någon sjukdom eller medicin som påverkar ditt immunförsvar? Ja  Nej  Vet ej
6. Tillhör du någon medicinsk riskgrupp? Ja  Nej  Vet ej

**Vid svar ja beskriv orsak:**

- 
7. Vaccinationen kan dokumenteras i Svevac (datoriserat journalsystem) Ja  Nej

**Ordination****Influensavaccin Vaxigrip 0,5 ml**

Vaccination mot influensa ges intramuskulärt i överarmens deltoideusmuskel

Datum: \_\_\_\_\_

Ordinator: \_\_\_\_\_  
*Underskrift* *namnförtydligande*  
*Närhälsan Tibro Vårdcentral***För vaccinerande enhet:**Medicinsk riskgrupp för säsongsinfluensan? Ja  Nej Vaccin: **Vaxigrip** Vaccinator: \_\_\_\_\_

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

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

Batch-/lotnummer: \_\_\_\_\_

ev. annan lokalisation för administrering: \_\_\_\_\_

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