

# Influensavaccination - Hälsodeklaration

.....  
Namn

Personnummer

Är du allergisk mot ägg? Ja  Nej Har du fått kraftig reaktion på vaccin eller annat läkemedel som krävt sjukhusvård? Ja  Nej Har du av annan allergi fått kraftig reaktion som krävt sjukhusvård? Ja  Nej Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin\*? Ja  Nej   
(\*Waran, warfarin, Eliquis, Lixiana, Pradaxa, Xarelto, Fragmin)Är du gravid? Om ja, vilken graviditetsvecka? ..... Ja  Nej 

**Information** om given vaccination sparas i Region Uppsalas patientjournal och i det nationella vaccinationsregistret.

---

## BEDÖMNING

Vaccinering mot influensa bör göras Ja  Nej .....  
Ordinatörens namn (läkare/distriktssköterska/behörig sjuksköterska)

**Prioriteringsgrupp:**  >65 år  Medicinsk riskgrupp  Gravid  Hälso- och sjukvårdspersonal (öppen-/slutenvård/tandvård)  Vård- och omsorgspersonal (hemtjänst/SÄBO)  Tillhör ej prioriteringsgrupp  
(endast ett val)

---

## ÅTGÄRD - OBLIGATORISKA FÄLT (ALT. DIREKTREGISTRERING I COSMIC)

Datum ..... Vaccinatörens namn .....

Vaccin, namn  Vaxigrip Tetra  Fluzone

Batchnummer.....

Vaccinet har getts i  Vä överarm  Hö överarm  Annat ställe.....

*Sedan informationen sparats digitalt i patientjournalen ska detta underlag makuleras*