

TBE - Vaccination, Hälsodeklaration

Namn	Personnummer
Är du allergisk mot ägg?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du fått kraftig reaktion på vaccin eller annat läkemedel som krävt sjukhusvård?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du av annan allergi fått kraftig reaktion som krävt sjukhusvård?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin*? (*Waran, warfarin, Eliquis, Lixiana, Pradaxa, Xarelto, Fragmin)	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du nedsatt immunförsvar pga sjukdom eller behandling?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Är du gravid? Om ja, vilken graviditetsvecka:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Information om given vaccination sparas i Region Uppsalas patientjournal.

BEDÖMNING

Vaccinering mot TBE bör göras: Ja Nej

Ordinatörens namn (läkare/distriktssköterska/behörig sjuksköterska).

ÅTGÄRD - OBLIGATORISKA FÄLT (ALT. DIREKTREGISTRERING I COSMIC)

Datum: Vaccinatörens namn:

Vaccin, namn: Encepur. Encepur junior.
 FSME. FSME junior.

Batchnummer:

Vaccin, dos: 1. 2. 3. Extrados.
 Boosterdos 1. Annan:

Vaccinet har getts i: Vänster överarm Höger överarm Annat ställe:

Sedan informationen sparats digitalt i patientjournalen ska detta underlag makuleras.