**Hälsodeklaration invånare – vaccination mot säsongsinfluensa**

**Namn**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Personnummer**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Är du gravid och i graviditetsvecka 1-15?  Har du feber eller en akut infektion nu? | Ja  Ja | Nej  Nej |
|  |  |  |
| Har du haft en allvarlig reaktion i samband med tidigare vaccinationer? | Ja | Nej |
|  |  |  |
| Har du reagerat med allvarlig allergi mot ägg? | Ja | Nej |
|  |  |  |
| Medicinerar du med blodförtunnande medel, typ Waran? | Ja | Nej |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift medarbetare:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**För sjukvårdens anteckningar**

**Inj. Vaxigrip Tetra** ordineras: Ja  Nej i.m s.c 

**Underskrift ordinatör: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tillägg Falkenbergs Kommun**

Patienten ovan har fått ordinerad dos, Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Given av, Namn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Titel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kryssa för något av följande:

Patienten tillhör riskgrupp – 65 år eller äldre( ålderspensionär)

Patienten till hör riskgrupp – Yngre än 65 år

Gravid

Egen personal på mott/avd/etc

Övriga – ej riskgrupp