

Ordinationsunderlag

Vaccinationsblankett för (namn): _____

Personnummer: _____

Enhet: _____

Vaccination bör skjutas upp vid måttlig eller allvarlig febersjukdom eller akut sjukdom.

Influensavaccination

Har du känd allergi mot ägg? Ja Nej

Har du vaccinerats mot influensa tidigare? Ja Nej

Har du fått biverkningar av tidigare vaccinering? Ja Nej

Om ja, vilka biverkningar: _____

Har du reumatiska besvär? Ja Nej

Tar patienten blodförtunnande medicin (Waran, Eliquis eller motsvarande) - ge vaccinationen subcutant

Vaccin mot influensa -batchnummer _____

Vaccin ordinerat 20__-__-__ av _____

Vaccin givet 20__-__-__ av _____

Pneumokockvaccination

Har du vaccinerats med pneumokockvaccin tidigare? Ja Nej

Om ja, vilket år: _____

Har du fått biverkningar av tidigare vaccinering? Ja Nej

Om ja, vilka biverkningar: _____

Om behandling med Zostavax - ge ej vaccination, rådgör med läkare

Vaccin mot pneumokocker -batchnummer _____

Vaccin ordinerat 20__-__-__ av _____

Vaccin givet 20__-__-__ av _____