

**Hälsodeklaration
Vaccination mot influensa A (H1N1)**

Ifylles av patient eller vårdnadshavare till barn under 18 år.

Hälsocentral:

Namn:

Personnr:.....

För att bedöma om du/ditt barn kan vaccineras mot influensa ber vi dig att besvara följande frågor:

- | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1. Har du/ditt barn haft en allvarlig allergisk reaktion som krävt akut vård? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| 2. Är du/ditt barn allergisk mot ägg? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| 3. Har du/ditt barn reagerat efter någon tidigare vaccination? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| 4. Har du/ditt barn feber $\geq 38^\circ$ eller någon akut infektion? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du/ditt barn blödarsjuka eller använder någon blodförtunnande medicin (t.ex. Waran)? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| 6. Har du/ditt barn blivit vaccinerad med något annat vaccin de senaste 4 veckorna? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
| 7. Tillhör du/ditt barn någon riskgrupp? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |

-
- | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------|--|
| 8. Har ditt barn ätit mat innehållande ägg? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Vet ej <input type="checkbox"/> |
|---|-------------------------------------|-----------------------------|--|
-

Ifylles inför vaccination 2: Fick du/ditt barn någon reaktion (feber $\geq 39^\circ$, mer än 5 cm stor lokalreaktion, muskelvärk, ledvärk, huvudvärk, trötthet, förstorade lymfkörtlar eller annat efter vaccination 1?)

Beskriv: Nej Ja Vet ej

Ifylles av patient eller eventuell vårdnadshavare vid samtycke till vaccination

.....
Underskrift/Namnförtydligande

.....
Underskrift/Namnförtydligande

Vårdnadshavare till barn under 18 år

Ifylles av sjuksköterska och/eller läkare

Finns det någon kontraindikation för vaccination med Pandemrix®? Nej Ja

I.m. injektion Pandemrix® dos 1 dos 2

Dos 6 mån-12 år 0,25 ml

Dos ≥ 13 år 0,5 ml

A81C-.....

Batch-/Lotnummer

Ordinerats av..... lordningställt av.....

Vaccinerats av.....Datum.....