

- 09i. CP ወይም ተደራራቢ ዓይነት መሰናከል ነው? Ja አዎ አይደለም Nej
CP/multifunktionshandikapp
10. እርጉዝ ነሽ? Ja አዎ አይደለም Nej
Är du gravid?
- 10a. መልሱ "አዎ" ከሆነ በስንተኛው ሳምንት ውስጥ ትገኚያለሽ? _____
Om ja, vilken graviditetsvecka
11. የራስህ ወይም የልጅህ የክትባት መረጃዎችህን ሌሎች ኃሳሚዎች ልያነቡት ፈቃደኛ ነሽ? አዎ አይደለም
Samtycker du till att dina/ditt barns vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?

ሁለተኛውን የአዲሱ ኢንፍልወንዛ ክትባት ለማድረግ በምትዘጋጅበት ወቅት ለሚከተለው ጥያቄ መልስ ስጥ

Fyll i denna fråga inför dos 2 av vaccinet mot nya influensan

12. ራስህ ወይም ልጅህ የመጀመርያውን ክትባት ካደረጋችሁ በኋላ የተጓዳኝ በሽታ ምልክት ታይቶባችኋል? አዎ አይደለም
Fick du/ditt barn några biverkningar efter den första dosen?

- 12a. መልሱ "አዎ" ከሆነ ከሚከተሉት አማራጮች አንዱን ምረጥ አዎ አይደለም
Om ja, kryssa för alternativ här

ከ 5 cm በላይ ብርቱ የመቅላት ወይም የማበጥ ምልክትን እስከተለ
Kraftig rodnadsvullnad mer än 5 cm

ከ 10 cm በላይ ብርቱ የመቅላት ወይም የማበጥ ምልክትን እስከተለ
Kraftig rodnadsvullnad mer än 10 cm

ከ 38.5 ዲግሪ በላይ ትኩላትን እስከተለ
Feber mer än 38,5 grader

ሌሎች ምልክቶች
Annan reaktion

14. **ገልጹ እንዲከተብ ፈቃደኛ መሆኔን አረጋግጣለሁ።** Ja አዎ አይደለም Nej
Jag samtycker till att mitt barn vaccinerar.

13. የሚከተለው ሰው ፊርማ _____
Namnunderskrift av den som ska vaccineras

15. ለአቅመ አዳም ላልደረሰ ልጅ የወላጅ ወይም የሕግ አሳዳጊ ፊርማ _____
Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

ስም: በሚከተለው አያያዝ _____
Namnförtydligande

ስም: በሚከተለው አያያዝ _____
Namnförtydligande