

IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU

Vakcinacija protiv gripa

HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot influensa

Popunite po jedan obrazac za svaku osobu.
 Za decu/mlade ispod 18 godina neophodan je potpis vršioca roditeljskog prava.

Fyll i en hälsodeklaration per person.
 För barnlungdom under 18 år krävs vårdnadshavarens underskrift.

01. Datum vakcinacije _____
Vaccinationsdatum
02. Matični broj _____
Personnr
03. Ime i prezime _____
Namn

	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
04. Da li ste Vi/Vaše dete alergični na jaja? <i>Har du/ditt barn allergi mot ägg?</i>	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Nej
05. Da li ste Vi/Vaše dete imali tako jaku alergijsku reakciju na nešto drugo da ste morali da zatražite medicinsku pomoć? <i>Har du/ditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?</i>	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Nej
06. Da li ste Vi/Vaše dete imali snažnu reakciju pri ranijim vakcinacijama? <i>Har du/ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?</i>	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Nej
07. Da li ste Vi/Vaše dete primili neku drugu vakcinu poslednje 2–4 nedelje? <i>Har du/ditt barn fått annan vaccination de senaste 2–4 veckorna?</i>	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Nej
08. Da li Vi/Vaše dete imate hemofiliju? <i>Har du/ditt barn blödersjuka?</i>	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Nej
09. Da li Vi/Vaše dete imate neku hroničnu bolest? <i>Har du/ditt barn någon kronisk sjukdom?</i>	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Nej
09a. Ako je odgovor potvrđan, da li Vi/Vaše dete imate: <i>Om ja, har du/ditt barn:</i>		
09b. Hroničnu bolest pluća, uključujući astmu <i>Kronisk lungsjukdom, inkl. astma</i>	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Nej
09c. Izraženu gojaznost (BMI>40) <i>Kraftig övervikt (BMI>40)</i>	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Nej
09d. Nervno-mišićno oboljenje (npr. MS) <i>Neuromuskulär sjukdom (t ex MS)</i>	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Nej
09e. Hroničnu bolest srca i krvnih sudova (ali ne ako je samo reč o povišenom krvnom pritisku) <i>Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)</i>	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Nej
09f. Povećan rizik od infekcija <i>Ökad risk för infektioner</i>	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Nej
(npr. bolest nedostatka imuniteta, ali i druga stanja, npr. kancer ili autoimunitet kod kojeg bolest sama po sebi ili medicinski tretman podrazumevaju povećan rizik od infekcija) <i>(t ex immunsbristsjukdom, men också andra tillstånd såsom cancer eller autoimmunitet där sjukdomen i sig eller behandlingen medför en ökad risk för infektioner)</i>		
09g. Hroničnu insuficijenciju jetre ili bubrega <i>Kronisk lever- eller njursvikt</i>	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Nej
09h. Diabetes mellitus <i>Diabetes mellitus</i>	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Nej
09i. Cerebralnu paralizu/višestruki hendikep <i>CP/multifunktionshandikapp</i>	<input type="radio"/> Da	<input type="radio"/> Nej

Ja *Nej*

Ja

Nej

10. Da li ste trudni?

Är du gravid? Da Ne

10a. Ako jeste, u kojoj ste nedelji trudnoće? ____

Om ja, vilken graviditetsvecka

11. Da li dajete saglasnost da podaci o vakcinaciji koji se tiču Vas/Vašeg deteta budu dostupni na uvid drugim davaocima zdravstvenih usluga?

Samtycker du till att din/ditt barns vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare? Da Ne**Ovo pitanje popunite pred 2. dozu vakcine protiv novog gripa***Fyll i denna fråga inför dos 2 av vaccinet mot nya influensan*

12. Da li su kod Vas/Vašeg deteta nastupili neki neželjeni efekti posle prve doze vakcine?

Fick dulditt barn några biverkningar efter den första dosen? Da Ne

12a. Ako je odgovor potvrđan, odgovarajuću alternativu označite ovde oznakom x

Om ja, kryssa för alternativ här

Jako crvenilo/otok veći od 5 cm

Kraftig rodnad/svullnad mer än 5 cm

Jako crvenilo/otok veći od 10 cm

Kraftig rodnad/svullnad mer än 10 cm

Povišena temperatura veća od 38,5 stepeni

Feber mer än 38,5 grader

Druga reakcija

Annan reaktion

14. Dajem saglasnost da moje dete primi vakcinu.

Jag samtycker till att mitt barn vaccineras. Ja
 Da Nej
 Ne

13. Potpis osobe koja prima vakcinu

Namnunderskrift av den som ska vaccineras

15. Potpis vršioca roditeljskog prava za maloletno lice

Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

Ime i prezime čitko

Namnförtydligande

Ime i prezime čitko

Namnförtydligande