

HEALTH DECLARATION

Vaccination against influenza

HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot influensa

Fill in the health declaration individually. A guardian's signature is required for children and young people under 18 years of age.

Fyll i en hälsodeklaration per person.

För barnlungdom under 18 år krävs vårdnadshavarens underskrift.

01. Vaccination date _____
Vaccinationsdatum

02. Civic Reg. No. _____
Personnr

03. Name _____
Namn

	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
04. Do you or your child suffer from egg allergy? <i>Har du/ditt barn allergi mot ägg?</i>	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
05. Have you or your child had an allergic reaction to anything else for which it was necessary to seek medical advice? <i>Har du/ditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?</i>	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
06. Have you or your child experienced any strong reactions to previous vaccinations? <i>Har du/ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?</i>	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
07. Have you or your child had any other vaccinations in the past 2-4 weeks? <i>Har du/ditt barn fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna?</i>	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
08. Do you or your child suffer from haemophilia? <i>Har du/ditt barn blödarsjuka?</i>	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
09. Do you or your child suffer from any chronic illness? <i>Har du/ditt barn någon kronisk sjukdom?</i>	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
09a. If yes, do you or your child suffer from: <i>Om ja, har du/ditt barn:</i>		
09b. Chronic lung disease, incl. asthma <i>Kronisk lungsjukdom, inkl. astma</i>	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
09c. Overweight (BMI>40) <i>Kraftig övervikt (BMI>40)</i>	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
09d. Neuromuscular diseases (e.g. MS) <i>Neuromuskulär sjukdom (t ex MS)</i>	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
09e. Chronic cardiovascular disease (not only high blood pressure) <i>Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)</i>	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
09f. Increased risk for infections <i>Ökad risk för infektioner</i>	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
(e.g. immune deficiency disease, but also other conditions such as cancer or autoimmunity where the disease itself or the treatment constitutes an increased risk of infection) <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. Chronic liver or renal failure <i>Kronisk lever- eller njursvikt</i>	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
09h. Diabetes mellitus <i>Diabetes mellitus</i>	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
09i. CP/multifunction disability <i>CP/multifunktionshandikapp</i>	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>

Ja

Nej

10. Are you pregnant?

Är du gravid?

Yes

No

10a. If yes, which week of pregnancy? _____

Om ja, vilken graviditetsvecka

11. Do you give your consent to your or your child's vaccination details to be made available to other health carers?

Samtycker du till att din/ditt barns vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?

Yes

No

Answer this question before taking dose 2 of the vaccine against the new influenza

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

12. Did your or your child suffer any side effects after the first dose?

Fick dulditt barn några biverkningar efter den första dosen?

Yes

No

12a. If yes, tick the right boxes:

Om ja, kryssa för alternativ här

Heavy flushing/swelling, more than 5 cm

Kraftig rodnad/svullnad mer än 5 cm

Heavy flushing/swelling, more than 10 cm

Kraftig rodnad/svullnad mer än 10 cm

Temperature higher than 38.5 degrees

Feber mer än 38,5 grader

Other reaction(s)

Annan reaktion

14. I consent to my child being vaccinated. Yes

Ja

No

Nej

Jag samtycker till att mitt barn vaccineras.

13. Signature of person to be vaccinated

Namnunderskrift av den som ska vaccineras

15. Signature of guardian for underage person

Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

Name, please print

Namnförtydligande

Name, please print

Namnförtydligande