

TERVEYSSELVITYS

Influenssarokotus

HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot influensa

Täytä yksi terveys selvitys kutakin henkilöä kohti. Alle 18-vuotiaiden lasten/nuorten selvityksessä on oltava huoltajan allekirjoitus.

Fyll i en hälsodeklaration per person.

För barnlungdom under 18 år krävs

vårdnadshavarens underskrift.

01. Rokotuspäivä _____
 Vaccinationsdatum

02. Henkilötunnus _____
 Personnr

03. Nimi _____
 Namn

	Ja	Nej
04. Onko sinulla/lapsellasi kananmuna-allergia? <i>Har du/ditt barn allergi mot ägg?</i>	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
05. Oletko sinä/lapsesi saanut niin vaikean allergisen reaktion jostakin aineesta, että olette joutuneet hakeutumaan hoitoon? <i>Har du/ditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?</i>	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
06. Oletko sinä/lapsesi reagoinut voimakkaasti aikaisempiin rokotuksiin? <i>Har du/ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?</i>	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
07. Oletko sinä/lapsesi saanut jonkun muun rokotuksen 2–4 viime viikon aikana? <i>Har du/ditt barn fått annan vaccination de senaste 2–4 veckorna?</i>	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
08. Onko sinulla/lapsellasi verenvuototauti? <i>Har du/ditt barn blödersjuka?</i>	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
09. Onko sinulla/lapsellasi jokin krooninen sairaus? <i>Har du/ditt barn någon kronisk sjukdom?</i>	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
09a. Jos vastasit myöntävästi, onko sinulla/lapsellasi jokin seuraavista: <i>Om ja, har du/ditt barn:</i>		
09b. Krooninen keuhkosairaus tai astma <i>Kronisk lungsjukdom, inkl. astma</i>	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
09c. Vaikea ylipaino (BMI>40) <i>Kraftig övervikt (BMI>40)</i>	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
09d. Neuromuskulaarinen sairaus (esim. MS) <i>Neuromuskulär sjukdom (t ex MS)</i>	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
09e. Krooninen sydän- ja verisuonitauti (ei pelkästään kohonnut verenpaine) <i>Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)</i>	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
09f. Lisääntynyt infektioriski <i>Ökad risk för infektioner</i> (esim. immuunivajavuustila tai muu sairaus, kuten syöpä tai autoimmunitteetti, jossa itse sairaus tai sen hoito lisäävät infektioriskiä) <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>	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
09g. Krooninen maksan tai munuaisten vajaatoiminta <i>Kronisk lever- eller njursvikt</i>	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
09h. Diabetes mellitus (sokeritauti) <i>Diabetes mellitus</i>	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En
09i. CP/monivammaisuus <i>CP/multifunktionshandikapp</i>	<input type="radio"/> Kyllä	<input type="radio"/> En

Ja

Nej

Ja

Nej

10. Oletko raskaana?

Är du gravid? Kyllä En

10a. Jos vastasit myöntävästi, millä raskausviikolla _____

Om ja, vilken graviditetsvecka

11. Suostutko siihen, että muut hoidonantajat saavat lukea sinun/lapsesi rokotustietoja?

Samtycker du till att din/ditt barns vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare? Kyllä En**Vastaa tähän kysymykseen ennen kuin otat toisen rokotuksen uutta influenssaa vastaan***Fyll i denna fråga inför dos 2 av vaccinet mot nya influensan*

12. Saitko sinä/lapsesi joitakin sivuvaikutuksia ensimmäisen rokotuskerran jälkeen?

Fick dulditt barn några biverkningar efter den första dosen? Kyllä En

12a. Jos vastasit myöntävästi, merkitse rastilla saamanne sivuvaikutukset

*Om ja, kryssa för alternativ här*Voimakasta punoitusta/turvotusta yli 5 cm:n suuruisella alueella *Kraftig rodnad/svullnad mer än 5 cm*Voimakasta punoitusta/turvotusta yli 10 cm:n suuruisella alueella *Kraftig rodnad/svullnad mer än 10 cm*Kuumetta yli 38,5 astetta *Feber mer än 38,5 grader*Muu reaktio *Annan reaktion*

14. Suostun siihen, että lapseni rokotetaan.

Jag samtycker till att mitt barn vaccineras. Kyllä En

Ja

Nej

13. Rokotettavan allekirjoitus

Namnunderskrift av den som ska vaccineras

15. Alaikäisen lapsen huoltajan allekirjoitus

Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

Nimen selvennys

Namnförtydligande

Nimen selvennys

Namnförtydligande