

# DÉCLARATION SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

## Vaccination contre la grippe

### HÄLSODEKLARATION

#### Vaccination mot influensa

Remplir une déclaration par personne, sur l'état de santé. Pour les enfants et les adolescents de moins de 18 ans, la signature de la personne ayant le droit de garde est exigée.

Fyll i en hälsodeklaration per person.

För barnlungdom under 18 år krävs vårdnadshavarens underskrift.

01. Date de la vaccination \_\_\_\_\_  
*Vaccinationsdatum*
02. N° personnel d'identité \_\_\_\_\_  
*Personnr*
03. Nom \_\_\_\_\_  
*Namn*

	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
04. Êtes-vous, vous-même ou votre enfant, allergique aux œufs ? <i>Har du/ditt barn allergi mot ägg?</i>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
05. Avez-vous eu, vous ou votre enfant, une réaction allergique si importante, à un produit, qu'il a été nécessaire d'avoir recours à des soins médicaux ? <i>Har du/ditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?</i>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
06. Avez-vous, vous-même ou votre enfant, réagi fortement à des vaccinations précédentes ? <i>Har du/ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?</i>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
07. Avez-vous, vous-même ou votre enfant, reçu une autre vaccination au cours des 2 à 4 dernières semaines ? <i>Har du/ditt barn fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna?</i>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
08. Souffrez-vous, vous-même ou votre enfant, d'hémophilie ? <i>Har du/ditt barn blödersjuka?</i>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
09. Avez-vous, vous-même ou votre enfant, une maladie chronique ? <i>Har du/ditt barn någon kronisk sjukdom?</i>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
09a. Si oui, avez-vous, vous-même ou votre enfant : <i>Om ja, har du/ditt barn:</i>		
09b. Une maladie pulmonaire chronique, y compris asthme <i>Kronisk lungsjukdom, inkl. astma</i>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
09c. Un excès de poids important (indice de masse corporelle, IMC, supérieur à 40) <i>Kraftig övervikt (BMI&gt;40)</i>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
09d. Une maladie neuromusculaire (par exemple, sclérose en plaques) <i>Neuromuskulär sjukdom (t ex MS)</i>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
09e. Une maladie cardio-vasculaire chronique (mais cependant, pas seulement une tension trop élevée) <i>Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)</i>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
09f. Un risque aggravé aux infections <i>Ökad risk för infektioner</i>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
(par exemple défenses immunitaires réduites, mais aussi d'autres états de santé comme le cancer ou l'auto-immunité où la maladie par elle-même ou le traitement entraînent un risque aggravé d'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. Insuffisance hépatique ou rénale chronique <i>Kronisk lever- eller njursvikt</i>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>

- .....
- 09h. Diabète mellitus Ja Nej  
*Diabetes mellitus*  Oui  Non
- .....
- 09i. CP/handicap multifonctionnel Ja Nej  
*CP/multifunktionshandikapp*  Oui  Non
- .....
10. Êtes-vous enceinte ? Ja Nej  
*Är du gravid?*  Oui  Non
- .....
- 10a. Si oui, depuis combien de semaines \_\_\_\_\_  
*Om ja, vilken graviditetsvecka*
- .....
11. Donnez-vous votre accord pour que les données sur votre vaccination ou celle de votre enfant puissent être lues par d'autres prestataires de soins ? Ja Nej  
*Samtycker du till att dina/ditt barns vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?*  Oui  Non
- .....

---

### Répondre à ces questions avant de recevoir la dose 2 du vaccin contre la nouvelle grippe

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

- .....
12. Avez-vous eu, vous-même ou votre enfant des effets indésirables après la première dose ? Ja Nej  
*Fick dulditt barn några biverkningar efter den första dosen?*  Oui  Non
- .....
- 12a. Si oui, faites une croix dans les cases ci-dessous  
*Om ja, kryssa för alternativ här*
- Rougeurs importantes / gonflements de plus de 5 cm   
*Kraftig rodnad/svullnad mer än 5 cm*
- Rougeurs importantes / gonflements de plus de 10 cm   
*Kraftig rodnad/svullnad mer än 10 cm*
- Fièvre de plus de 38,5 degrés   
*Feber mer än 38,5 grader*
- Autre réaction   
*Annan reaktion*
- .....

- .....
14. Je donne mon accord pour que mon enfant soit vacciné. Ja Nej  
*Jag samtycker till att mitt barn vaccineras.*  Oui  Non
- .....

.....

13. Signature de la personne qui sera vaccinée  
*Namnunderskrift av den som ska vaccineras*

.....

15. Signature de la personne ayant la garde du mineur  
*Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig*

.....

Nom en toutes lettres  
*Namnförtydligande*

.....

Nom en toutes lettres  
*Namnförtydligande*