

健康状况说明表

流感疫苗预防接种

HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot influensa

请填写个人健康状况说明表。18岁以下的儿童或青少年应有监护人的签字。

Fyll i en hälsodeklaration per person.

För barnlungdom under 18 år krävs

vårdnadshavarens underskrift.

01. 接种日期 _____
Vaccinationsdatum

02. 人口号码 _____
Personnr

03. 姓名 _____
Namn

	Ja	Nej
04. 你或你的小孩对鸡蛋过敏吗? <i>Har dulditt barn allergi mot ägg?</i>	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 不是
05. 你或你的小孩是否对其它某种物质有过必须求医诊治的严重过敏反应? <i>Har dulditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?</i>	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 不是
06. 你或你的小孩对以前的预防接种反应强烈吗? <i>Har dulditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?</i>	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 不是
07. 你或你的小孩在最近2至4周内接受过另外的接种吗? <i>Har dulditt barn fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna?</i>	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 不是
08. 你或你的小孩患有血友病吗? <i>Har dulditt barn blödarsjuka?</i>	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 不是
09. 你或你的小孩患有慢性疾病吗? <i>Har dulditt barn någon kronisk sjukdom?</i>	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 不是
09a. 如有，你或你的小孩有： <i>Om ja, har dulditt barn:</i>		
09b. 慢性肺病，包括气喘病 <i>Kronisk lungsjukdom, inkl. astma</i>	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 不是
09c. 严重体重过重（身高体重指数BMI大于40） <i>Kraftig övervikt (BMI>40)</i>	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 不是
09d. 神经肌肉疾病（例如：多发性硬化(MS)） <i>Neuromuskulär sjukdom (t ex MS)</i>	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 不是
09e. 慢性心血管疾病（并不仅是高血压） <i>Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)</i>	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 不是
09f. 提高感染的危险 <i>Ökad risk för infektioner</i>	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 不是
（例如免疫缺陷病或其它状况，例如癌症或自动免疫疾病等，其疾病本身或治疗时会导致提高感染的危险。） <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. 慢性肝肾衰竭 <i>Kronisk lever- eller njursvikt</i>	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 不是
09h. 糖尿病 <i>Diabetes mellitus</i>	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 不是
09i. 脑瘫(CP)/多重功能障碍 <i>CP/multifunktionshandikapp</i>	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 不是
	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>

Ja

Nej

10. 你怀孕吗? 是 不是
 Är du gravid?

10a. 如是, 怀孕第几周? _____
 Om ja, vilken graviditetsvecka

11. 你同意其他医疗单位阅读关于你或你的小孩预防接种的资料吗? 是 不是
 Samtycker du till att dina/ditt barns vaccinationsuppgifter
 går att läsas av andra vårdgivare?

接种新流感疫苗第2剂之前请先填写本问题

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

12. 你或你的小孩接种第1剂后有副作用吗? 是 不是
 Fick dulditt barn några biverkningar efter den första dosen?

12a. 如有, 请在下列种类打叉
 Om ja, kryssa för alternativ här

强烈红肿或肿胀超过5厘米
 Kraftig rodnadsvullnad mer än 5 cm

强烈红肿或肿胀超过10厘米
 Kraftig rodnadsvullnad mer än 10 cm

发烧超过38.5度
 Feber mer än 38,5 grader

其它反应
 Annan reaktion

14. 我同意我的小孩接种。 是 不是
 Jag samtycker till att mitt barn vaccineras.

13. 接种疫苗者的签名
 Namnunderskrift av den som ska vaccineras

15. 未成年小孩监护人的签名
 Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

姓名正写
 Namnförtydligande

姓名正写
 Namnförtydligande