

# ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МЭДҮҮЛЭГ

## Томууны эсрэг вакцин

### HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot influensa

Эрүүл мэндийн мэдүүлгийг хүн тус бүр бөглөнө. 18 наснаас доош хүүхэд/залуус асран хамгаалагчаараа гарын үсэг зуруулсан байх шаардлагатай.

Fyll i en hälsodeklaration per person.  
För barn/ungdom under 18 år krävs vårdnadshavarens underskrift.

01. Вакцинжуулалтын он сар өдөр \_\_\_\_\_  
 Vaccinationsdatum
02. Регистрийн дугаар \_\_\_\_\_  
 Personnr
03. Нэр \_\_\_\_\_  
 Namn

	Ja	Nej
04. Та/таны хүүхэд өндөгний харшилтай юу? <i>Har dulditt barn allergi mot ägg?</i>	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
05. Та/таны хүүхэд өөр ямар нэгэн зүйлд харшил өгсний улмаас эмнэлэгийн тусламж хүсэхэд хүрч байсан уу? <i>Har dulditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?</i>	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
06. Танд/таны хүүхэд өмнөх вакцинууд хүчтэй нөлөөлөл \ реакци үзүүлж байсан уу? <i>Har dulditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?</i>	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
07. Та/таны хүүхэд сүүлийн 2-4 долоо хоногт өөр ямар нэг вакцин хийлгэсэн үү? <i>Har dulditt barn fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna?</i>	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
08. Та/таны хүүхэд цусны өвчтэй (гемофил) юу? <i>Har dulditt barn blödersjuka?</i>	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
09. Та/таны хүүхэд ямар нэгэн архаг өвчтэй юу? <i>Har dulditt barn någon kronisk sjukdom?</i>	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
09a. Хэрэв тийм бол та/таны хүүхэд дараах өвчинтэй юу? <i>Om ja, har dulditt barn:</i>		
09b. Уушигны архаг өвчин, багтраа өвчнийг оруулна <i>Kronisk lungsjukdom, inkl. astma</i>	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
09c. Хэт таргалалт <i>Kraftig övervikt (BMI&gt;40)</i>	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
09d. Мэдрэлийн булчингийн өвчин (жишээ нь склероз буюу судасны хатуурал) <i>Neuromuskulär sjukdom (t ex MS)</i>	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
09e. Зүрх судасны архаг өвчин (цусны даралт их байхаас бусад) <i>Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)</i>	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
09f. Халдвар авах эрсдэл өндөр эсэх <i>Ökad risk för infektioner</i>	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
(жишээ нь биеийн эсэргүүцэл суларснаас үүдсэн өвчин болон мөн хорт хавдар эсвэл биеийн эсэргүүцэл сулруулдаг өвчтэй байх зэрэг бусад тохиолдол эсвэл халдвар авах эрсдэл өндөртэй эмчилгээ) <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. Элэг болон бөөрний архаг өвчин <i>Kronisk lever- eller njursvikt</i>	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
09h. Чихрийн шижин <i>Diabetes mellitus</i>	<input type="radio"/> Тийм	<input type="radio"/> Үгүй
09i. Тархины саажилт/олон талт хөгжлийн бэрхшээлтэй <i>CP/multifunktionshandikapp</i>	<input type="radio"/> Тийм <i>Ja</i>	<input type="radio"/> Үгүй <i>Nej</i>

Ja

Nej

10. Та жирэмсэн үү?

*Är du gravid?* Тийм  Үгүй

10a. Хэрэв тийм бол хэдэн 7 хоногтой вэ? \_\_\_\_

*Om ja, vilken graviditetsvecka*

11. Таны хүүхдийн/хүүхдүүдийн вакцины тухай мэдээллийг эмнэлэгийн бусад ажилтнууд уншиж болох уу?

*Samtycker du till att din/ditt barns vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?* Тийм  Үгүй**Энэ асуултад шинэ томууны эсрэг вакцины 2 дахь тунг хийлгэхийн өмнө хариулна.***Fyll i denna fråga inför dos 2 av vaccinet mot nya influensan*

12. Танд/таны хүүхдэд эхний тунгийн дараа ямар нэг харш нөлөө илэрсэн үү?

*Fick dulditt barn några biverkningar efter den första dosen?* Тийм  Үгүй

12a. Хэрэв тийм бол дараах хувилбаруудаас сонгоно уу?

*Om ja, kryssa för alternativ här*Их хэмжээний улайлт/5см-ээс илүү хавдсан *Kraftig rodnad/svullnad mer än 5 cm*Их хэмжээний улайлт/10см-ээс илүү хавдсан *Kraftig rodnad/svullnad mer än 10 cm*38.5 хэмээс илүү халуурсан *Feber mer än 38,5 grader*Бусад харш нөлөө *Annan reaktion*

Ja

Nej

14. Би хүүхэддээ вакцин хийлгэхийг зөвшөөрч байна.

*Jag samtycker till att mitt barn vaccineras.* Тийм  Үгүй

13. Вакцин хийх хүний гарын үсэг

*Namnunderskrift av den som ska vaccineras*

15. Насанд хүрээгүйчүүдийн асран хамгаалагчийн гарын үсэг

*Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig*

Гарын үсгийн тайлал

*Namnförtydligande*

Гарын үсгийн тайлал

*Namnförtydligande*