

تصريح عن الحالة الصحية

لقاح ضد الإنفلونزا

HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot influensa

إملاً هذا التصريح لكل شخص على حده. للأطفال/للأحداث تحت سن 18 من العمر يتطلب توقيع ولي الأمر.

Fyll i en hälsodeklaration per person.

För barn/ungdom under 18 år krävs

vårdnadshavarens underskrift.

01. تاريخ أخذ اللقاح
Vaccinationsdatum

02. الرقم الشخصي
Personnr

03. الإسم
Namn

Nej	Ja	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	04. هل لديك/لدى طفلك تحسس ضد البيض؟ Har du/ditt barn allergi mot ägg?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	05. هل حصل لديك/لدى طفلك ردة فعل تحسسية شديدة بسبب مادة أخرى مما إضطركم للتوجه إلى مؤسسة الرعاية الطبية؟ Har du/ditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	06. هل حصل لديك/لدى طفلك ردة فعل قوية بسبب أخذكم لقاحات من نوع آخر؟ Har du/ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	07. هل حصلت/ حصل طفلك على لقاح آخر في الإسابيع 2 إلى 4 الأخيرة؟ Har du/ditt barn fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	08. هل لديك/لدى طفلك مرض عدم تخثر الدم؟ Har du/ditt barn blödarsjuka?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09. هل لديك/ لدى طفلك مرض مزمن آخر؟ Har du/ditt barn någon kronisk sjukdom?
		10. إذا كان الجواب بالإيجاب: فهل لديك/لدى طفلك: Om ja, har du/ditt barn:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09ب. مرض مزمن بالرئتين، متضمنا الربو Kronisk lungsjukdom, inkl. astma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09ج. سمنة مفرطة (أي يزيد القياس عن 40 حسب مقياس بي إم إي) Kraftig övervikt (BMI>40)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09د. مرض أعصاب العضلات (مثل إم إس، مرض يصيب خلايا أعصاب الدماغ) Neuromuskulär sjukdom (t ex MS)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09هـ. مرض مزمن في الأوعية الدموية القلبية (غير أنه ليس فقط إرتفاع ضغط الدم) Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09و. مخاطر زائدة للوقوع بالتعفنات (مثل مرض ضعف المناعة، لكن أيضا حالات أخرى كالسرطان أو ضعف المناعة الذاتية حيث المرض نفسه أو علاجه يؤدي إلى مخاطر زائدة لحصول الإنتانات) Ökad risk för infektioner (t ex immunsbristsjukdom, men också andra tillstånd såsom cancer eller autoimmunitet där sjukdomen i sig eller behandlingen medför en ökad risk för infektioner)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09ز. قصر كلوي - أو كبدي Kronisk lever- eller njursvikt
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09ح. سكري الشيخوخة Diabetes mellitus
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09ك. الإعاقة المركبة/ سي بي CP/multifunktionshandikapp

Nej

Ja

Nej

Ja

كلا

نعم

10. هل أنت سيّدة حامل؟

Är du gravid?

110. إذا كانت الإجابة بنعم، في أي أسبوع هو الحمل _____

Om ja, vilken graviditetsvecka

كلا

نعم

11. هل توافق بأن تتم قراءة معلومات التطعيم الخاصة بك/بطفلك من قبل مؤسسات أخرى تقدم

الرعاية الطبية والصحية؟

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

إملاً السؤال التالي تحضيراً للجرعة الثانية من اللقاح ضد الإنفلونزا الجديدة

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

كلا

نعم

12. هل حصل لديك/ لطفلك مضاعفات بعد الجرعة الأولى من اللقاح؟

Fick du/ditt barn några biverkningar efter den första dosen?

112. إذا كانت الإجابة بنعم، ضع إشارة ضرب على أحد البدائل التالية

Om ja, kryssa för alternativ här

إحمرار شديد/تورم يزيد عن 5 سنتم
Kraftig rodnad/svullnad mer än 5 cm

إحمرار شديد/تورم يزيد عن 10 سنتم
Kraftig rodnad/svullnad mer än 10 cm

حرارة تزيد عن 38,5 درجة
Fever mer än 38,5 grader

ردة فعل أخرى
Annan reaktion

Nej

Ja

كلا

نعم

14. إني موافق لأن يأخذ طفلي اللقاح.

Jag samtycker till att mitt barn vaccineras.

15. توقيع ولي أمر الطفل تحت سن الرشد.

Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

الإسم الكامل

Namnförtydligande

13. توقيع الشخص الذي سيأخذ اللقاح

Namnunderskrift av den som ska vaccineras

الإسم الكامل

Namnförtydligande