

پرسشنامه بهداشتی

مایه کوبی علیه آنفلوآنزا

HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot influensa

برای هر فرد بایستی یک پرسشنامه پر شود. برای کودکان/جوانان زیر ۱۸ سال امضای سرپرست الزامی است.

Fyll i en hälsodeklaration per person.

För barn/ungdom under 18 år krävs

vårdnadshavarens underskrift.

01. تاریخ مایه کوبی
Vaccinationsdatum

02. شماره شناسایی
Personnr

03. نام
Namn

Nej	Ja	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	04. آیا شما/فرزندتان نسبت به تخم مرغ حساسیت دارید؟ Har du/ditt barn allergi mot ägg?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	05. آیا شما/فرزندتان تا بحال نسبت به چیزی حساسیت شدید نشان داده‌اید بطوری که مجبور شده باشید به پزشک و درمانگاه مراجعه کنید؟ 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. آیا شما/فرزندتان نسبت به مایه کوبی‌های پیشین حساسیت شدید نشان داده‌اید؟ Har du/ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	07. آیا شما/فرزندتان در ۲ تا ۴ هفته گذشته واکسن دیگری دریافت کرده‌اید؟ Har du/ditt barn fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	08. آیا شما/فرزندتان به بیماری هموفیلی (اختلال در انعقاد خون) دچار هستید؟ Har du/ditt barn blödarsjuka?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09. آیا شما/فرزندتان دچار نوعی بیماری مزمن هستید؟ Har du/ditt barn någon kronisk sjukdom?
		09a. اگر آری، آیا شما/فرزندتان: Om ja, har du/ditt barn:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09b. دچار بیماری مزمن ریوی، از جمله آسم هستید؟ Kronisk lungsjukdom, inkl. astma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09c. دچار چاقی مفرط هستید (شاخص توده بدن بالای ۴۰)؟ Kraftig övervikt (BMI>40)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09d. دچار بیماری‌های عصبی-عضلانی هستید (مثل بیماری ام اس)؟ Neuromuskulär sjukdom (t ex MS)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09e. دچار بیماری‌های قلب و عروق هستید (البته فقط افزایش فشارخون نه)؟ Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09f. خطر ابتلا به عفونت‌ها بیشتر شده است (مثلا در نتیجه ضعف سیستم دفاعی بدن، اما همچنین وضعیت‌های دیگر مانند سرطان یا اختلال در سیستم دفاعی بدن موسوم به خود ایمنی که در آن خود بیماری یا مداوای آن، افزایش خطر ابتلا به عفونت‌ها را به همراه دارد)؟ 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"/>	09g. دچار بیماری‌های مزمن کبدی یا کلیوی هستید؟ Kronisk lever- eller njursvikt
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09h. دچار بیماری قند هستید؟ Diabetes mellitus
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09i. دچار فلج مغزی/معلولیت‌های چندگانه هستید؟ CP/multifunktionshandikapp

Nej Ja

Nej Ja
 نه بله
10. باردار هستيد؟
Är du gravid?

10a. اگر آري، در هفته چندم بارداری ____؟
Om ja, vilken graviditetsvecka

11. آیا موافقید که اطلاعات مربوط به واکسیناسیون شما/فرزندتان در دسترس دیگر سازمانهای بهداشتی قرارگیرد؟
Samtycker du till att din/ditt barns vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?

به این پرسش بهنگام نوبت دوم مایه کوبی علیه آنفلوآنزا پاسخ دهید
Fyll i denna fråga inför dos 2 av vaccinet mot nya influensan

12. آیا شما/فرزندتان دچار عوارض جانبی پس از مایه کوبی در نوبت اول شدید؟
Fick du/ditt barn några biverkningar efter den första dosen?

12a. اگر آري، در برابر گزینه‌های زیرین ضربدر بزنید
Om ja, kryssa för alternativ här

- سرخی شدید/ورم بیش از ۵ سانتیمتر
Kraftig rodnad/svullnad mer än 5 cm
- سرخی شدید/ورم بیش از ۱۰ سانتیمتر
Kraftig rodnad/svullnad mer än 10 cm
- تب بالای ۳۸,۵ درجه
Fever mer än 38,5 grader
- واکنش‌های دیگر
Annan reaktion

Nej Ja
 نه بله
14. موافقت می‌کنم که فرزندم مایه کوبی شود.
Jag samtycker till att mitt barn vaccinerar.

15. محل امضای سرپرست فرد صغیر.
Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

نام امضاکننده بصورت خوانا
Namnförtydligande

13. محل امضای کسی که مایه کوبی می‌شود
Namnunderskrift av den som ska vaccinerar

نام امضاکننده بصورت خوانا
Namnförtydligande