

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Szczepienie przeciw grypie

HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot influensa

Należy wypełnić oddzielne oświadczenie o stanie zdrowia dla każdej osoby. W przypadku dzieci/młodzieży poniżej 18 lat wymagany jest podpis opiekuna.

Fyll i en hälsodeklaration per person.

För barnlungdom under 18 år krävs vårdnadshavarens underskrift.

01. Data szczepienia _____
Vaccinationsdatum
02. Numer ewidencyjny _____
Personnr
03. Imię i nazwisko _____
Namn

	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
04. Czy Ty/Twoje dziecko jesteście uczuleni na jajka? <i>Har du/ditt barn allergi mot ägg?</i>	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
05. Czy u Ciebie/Twojego dziecka wystąpiła tak silna reakcja alergiczna na cokolwiek innego, że konieczne było szukanie pomocy lekarskiej? <i>Har du/ditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?</i>	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
06. Czy u Ciebie/Twojego dziecko wystąpiła silna reakcja na wcześniejsze szczepienia? <i>Har du/ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?</i>	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
07. Czy w ciągu ostatnich 2-4 tygodni Ty/Twoje dziecko otrzymaliście inną szczepionkę? <i>Har du/ditt barn fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna?</i>	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
08. Czy Ty/Twoje dziecko cierpicie na hemofilię? <i>Har du/ditt barn blödersjuka?</i>	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
09. Czy Ty/Twoje dziecko cierpicie na jakąkolwiek chorobę przewlekłą? <i>Har du/ditt barn någon kronisk sjukdom?</i>	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
09a. Jeżeli tak, czy Ty/Twoje dziecko cierpicie na: <i>Om ja, har du/ditt barn:</i>		
09b. Przewlekłą chorobę płuc, w tym astmę <i>Kronisk lungsjukdom, inkl. astma</i>	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
09c. Silną otyłość (BMI > 40) <i>Kraftig övervikt (BMI>40)</i>	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
09d. Chorobę nerwowo-mięśniową (np. stwardnienie rozsiane) <i>Neuromuskulär sjukdom (t ex MS)</i>	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
09e. Przewlekłą chorobę serca lub układu krążenia (z wyjątkiem samego tylko podwyższonego ciśnienia krwi) <i>Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)</i>	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
09f. Zwiększone ryzyko infekcji <i>Ökad risk för infektioner</i>		
(np. brak odporności, ale również inne stany, takie jak nowotwór lub autoimmunizacja, gdzie sama choroba lub jej leczenie powoduje wzrost ryzyka infekcji) <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. Przewlekłą niewydolność wątroby lub nerek <i>Kronisk lever- eller njursvikt</i>	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
09h. Cukrzycę (Diabetes mellitus) <i>Diabetes mellitus</i>	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
09i. Mózgowe porażenie dziecięce/ Niepełnosprawność wielonarządową <i>CP/multifunktionshandikapp</i>	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>

Ja

Nej

10. Czy jesteś w ciąży? Tak Nie
Är du gravid?

10a. Jeżeli tak, podaj, w którym tygodniu ciąży ____
Om ja, vilken graviditetsvecka

11. Czy wyrażasz zgodę, aby inni świadczeniodawcy usług zdrowotnych mogli zapoznać się z informacjami na temat szczepienia dotyczącymi Ciebie/Twojego dziecka? Tak Nie
Samtycker du till att dina/ditt barns vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?

Odpowiedz na poniższe pytanie przed otrzymaniem drugiej dawki szczepionki przeciw nowej grypie

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

12. Czy u Ciebie/Twojego dziecka wystąpiły jakiegokolwiek skutki uboczne po pierwszej dawce? Tak Nie
Fick du/ditt barn några biverkningar efter den första dosen?

12a. Jeżeli tak, zakreśl odpowiednią odpowiedź
Om ja, kryssa för alternativ här

Silne zaczerwienienie/obrzęk o średnicy powyżej 5 cm
Kraftig rodnad/svullnad mer än 5 cm

Silne zaczerwienienie/obrzęk o średnicy powyżej 10 cm
Kraftig rodnad/svullnad mer än 10 cm

Gorączka powyżej 38,5 stopnia
Feber mer än 38,5 grader

Inna reakcja
Annan reaktion

Ja

Nej

14. Wyrażam zgodę na szczepienie mojego dziecka. Tak Nie
Jag samtycker till att mitt barn vaccineras.

13. Podpis osoby, która ma przyjąć szczepienie
Namnunderskrift av den som ska vaccineras

15. Podpis opiekuna osoby niepełnoletniej
Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)
Namnförtydligande

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)
Namnförtydligande