

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗДОРОВЬЯ

Вакцинация от гриппа

HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot influensa

Просим вас заполнить декларацию здоровья для каждого человека. Для детей/подростков до 18 лет требуется подпись законного представителя несовершеннолетнего.

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

01. Дата вакцинации _____
Vaccinationsdatum
02. Персональный номер _____
Personnr
03. Имя _____
Namn

	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
04. Была ли у вас/вашего ребенка аллергия на яйца? <i>Har du/ditt barn allergi mot ägg?</i>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
05. Была ли у вас/вашего ребенка настолько сильная аллергическая реакция на какое-либо вещество, что вам пришлось обратиться за медицинской помощью? <i>Har du/ditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?</i>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
06. Была ли у вас/вашего ребенка сильная реакция на поставленную вакцину? <i>Har du/ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?</i>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
07. Была ли вам/вашему ребенку поставлена вакцина в последние 2–4 недели? <i>Har du/ditt barn fått annan vaccination de senaste 2–4 veckorna?</i>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
08. Есть ли у вас/вашего ребенка гемофилия? <i>Har du/ditt barn blödarsjuka?</i>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
09. Есть ли у вас/вашего ребенка хроническое заболевание? <i>Har du/ditt barn någon kronisk sjukdom?</i>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
09a. При ответе «Да» – есть ли у вас/вашего ребенка: <i>Om ja, har du/ditt barn:</i>		
09b. Хроническое легочное заболевание, включая астму <i>Kronisk lungsjukdom, inkl. astma</i>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
09c. Большой избыточный вес (BMI > 40) <i>Kraftig övervikt (BMI > 40)</i>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
09d. Нейромышечное заболевание (например, рассеянный склероз) <i>Neuromuskulär sjukdom (t ex MS)</i>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
09e. Хроническое сердечно-сосудистое заболевание (более серьезное, чем только повышенное давление) <i>Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)</i>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
09f. Повышенная подверженность инфекциям <i>Ökad risk för infektioner</i> (например, иммунная недостаточность, а также другие состояния, такие как раковые заболевания или аутоиммунитет, когда сама болезнь или лечение увеличивают риск получения инфекций) <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>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
09g. Хронические заболевания печени или почечная недостаточность <i>Kronisk lever- eller njursvikt</i>	<input type="radio"/> Да <i>Ja</i>	<input type="radio"/> Нет <i>Nej</i>

-
- 09h. **Диабет меллитус** Ja Nej
Diabetes mellitus Да Нет
-
- 09i. **Церебральный паралич/мультифункциональная инвалидность** Да Нет
CP/multifunktionshandikapp
-
10. **Беременны ли вы?** Ja Nej
Är du gravid? Да Нет
-
- 10a. **При ответе «Да» – на какой неделе ваша беременность _____**
Om ja, vilken graviditetsvecka
-
11. **Даете ли вы согласие на то, чтобы данные по вакцинации на вас/вашего ребенка были прочитаны другими медицинскими работниками?** Да Нет
Samtycker du till att din/ditt barns vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?
-

Перед проведением 2-ой вакцинации от нового гриппа заполните нижеприведенный опросник

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

-
12. **Были ли у вас/вашего ребенка побочные явления после первой дозы вакцины?** Да Нет
Fick dulditt barn några biverkningar efter den första dosen?
-
- 12a. **При ответе «Да» – поставьте крестики на приведенных ниже альтернативных ответах**
Om ja, kryssa för alternativ här
- Сильное покраснение, припухлость более 5 см
Kraftig rodnad/svullnad mer än 5 cm
- Сильное покраснение, припухлость более 10 см
Kraftig rodnad/svullnad mer än 10 cm
- Температура более 38,5 градусов
Feber mer än 38,5 grader
- Другая реакция
Annan reaktion

-
14. **Я даю разрешение на вакцинацию моего ребенка** Ja Да Нет Nej
Jag samtycker till att mitt barn vaccineras.

13. **Подпись лица, подлежащего вакцинации**
Namnunderskrift av den som ska vaccineras

15. **Подпись законного представителя несовершеннолетнего**
Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

Полное имя
Namnförtydligande

Полное имя
Namnförtydligande