

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
HÄLSODEKLARATION
 Vaccination mot influensa

ให้แต่ละคนกรอกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ สำหรับเด็ก/วัยรุ่น
 ที่อายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ต้องให้ผู้มีอำนาจปกครองลงลายมือชื่อด้วย
 Fyll i en hälsodeklaration per person.
 För barn/ungdom under 18 år krävs
 vårdnadshavarens underskrift.

01. วันฉีดวัคซีน _____
 Vaccinationsdatum

02. หมายเลขประจำตัวบุคคล _____
 Personnr

03. ชื่อ _____
 Namn

	Ja	Nej
04. คุณ/บุตรของคุณ แพ้ไข่หรือไม่? <i>Har du/ditt barn allergi mot ägg?</i>	<input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย
05. คุณ/บุตรของคุณเคยแพ้สิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างรุนแรงจนจำเป็นต้องเข้ารับ การรักษาหรือไม่? <i>Har du/ditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?</i>	<input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย
06. คุณ/บุตรของคุณมีปฏิกิริยาเมื่อได้รับการฉีดวัคซีนครั้งก่อน ๆ หรือไม่? <i>Har du/ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?</i>	<input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย
07. คุณ/บุตรของคุณเคยได้รับการฉีดวัคซีนชนิดอื่นในช่วง ๒-๔ สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่? <i>Har du/ditt barn fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna?</i>	<input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย
08. คุณ/บุตรของคุณเคยเป็นโรคโลหิตออกไม่หยุดหรือไม่? <i>Har du/ditt barn blödarsjuka?</i>	<input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย
09. คุณ/บุตรของคุณเป็นโรคเรื้อรังอะไรหรือไม่? <i>Har du/ditt barn någon kronisk sjukdom?</i>	<input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย
09a. ถ้าเคยเป็น คุณ/บุตรของคุณเคยเป็น: <i>Om ja, har du/ditt barn:</i>		
09b. โรคปอดเรื้อรัง รวมทั้งโรคหืด <i>Kronisk lungsjukdom, inkl. astma</i>	<input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย
09c. มีน้ำหนักตัวเกินกว่าปกติเป็นมาก (บีเอ็มไอ > ๔๐) <i>Kraftig övervikt (BMI>40)</i>	<input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย
09d. โรคประสาทกล้ามเนื้อ (เช่น เอ็มเอส) <i>Neuromuskulär sjukdom (t ex MS)</i>	<input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย
09e. โรคเส้นโลหิตในหัวใจเรื้อรัง (แต่ไม่ใช่เพราะมีความดันโลหิตสูงอย่างเดียว) <i>Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)</i>	<input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย
09f. มีโอกาสเสี่ยงสูงในการที่จะติดเชื้อ <i>Ökad risk för infektioner</i>	<input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย

(เช่น โรคขาดภูมิคุ้มกัน รวมทั้งโรคอย่างอื่น เช่น โรคมะเร็ง หรือเกิดโรคเกี่ยวกับ
 ภูมิคุ้มกันอื่นเนื่องมาจากโรคดังกล่าวหรือ การเข้ารับการรักษาโรคนั้นทำ
 ให้มีโอกาเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อ)
*(t ex immunsbristsjukdom, men också andra tillstånd
 såsom cancer eller autoimmunitet där sjukdomen i sig
 eller behandlingen medför en ökad risk för infektioner)*

Ja Nej

Ja Nej

09g. โรคตับเรื้อรัง –หรือโรคไตพิการ
Kronisk lever- eller njursvikt

เคย ไม่เคย

09h. โรคเบาหวาน
Diabetes mellitus

เคย ไม่เคย

09i. โรคพิการทางกล้ามเนื้อ
CP/multifunktionshandikapp

เคย ไม่เคย

10. คุณกำลังมีครรภ์อยู่หรือไม่?
Är du gravid?

Ja Nej
 เคย ไม่เคย

10a. ถ้ากำลังมีครรภ์ ก็สัปดาห์แล้ว? ____
Om ja, vilken graviditetsvecka

11. คุณยินยอมให้เจ้าหน้าที่พยาบาลคนอื่น ๆ ได้อ่านข้อมูลเกี่ยวกับการฉีด
วัคซีนของคุณ/บุตรของคุณ หรือไม่?
*Samtycker du till att dina ditt barns vaccinationsuppgifter
går att läsas av andra vårdgivare?*

เคย ไม่เคย

กรอกข้อความเพื่อตอบปัญหาข้อนี้ตอนเข้ารับการฉีดวัคซีนป้อ

งกันไขหวัดสายพันธุ์ใหม่นี้เป็นครั้งที่สอง

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

12. หลังการฉีดวัคซีนนี้ครั้งแรก คุณ/บุตรของคุณ
มีอาการข้างเคียงอะไรหรือไม่?
Fick du ditt barn några biverkningar efter den första dosen?

เคย ไม่เคย

12a. ถ้ามี ขอให้กาขนาดในช่องที่เหมาะสม
Om ja, kryssa för alternativ här

เป็นรอยแดง/บวม ที่มีขนาดใหญ่กว่า ๕ ซม.
Kraftig rodnadsvullnad mer än 5 cm

เป็นรอยแดง/บวม ที่มีขนาดใหญ่กว่า ๑๐ ซม.
Kraftig rodnadsvullnad mer än 10 cm

มีไข้สูงกว่า ๓๘.๕ องศา
Feber mer än 38,5 grader

ปฏิกิริยาอย่างอื่น
Annan reaktion

Ja Nej

14. ข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรของ

เคย

ไม่เคย

ข้าพเจ้ารับการฉีดวัคซีน

Jag samtycker till att mitt barn vaccinerar.

13. ลายมือชื่อของผู้ที่จะรับการฉีดวัคซีน
Namnunderskrift av den som ska vaccinerar

15. ลายมือชื่อของผู้มีอำนาจปกครองของผู้เยาว์
Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

ชื่อตัวบรรจง
Namnförtydligande

ชื่อตัวบรรจง
Namnförtydligande