

## SAĞLIK BEYANI

Gribe karşı aşı olmak için

HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot influensa

Kişi başına bir sağlık beyanı formüleri doldurulacaktır. Yaşları 18'den küçük olan çocuklar/gençler için velayet hakkına sahip olan kişinin imzası gereklidir.

Fyll i en hälsodeklaration per person.

För barnlungdom under 18 år krävs

vårdnadshavarens underskrift.

01. Aşının yapıldığı tarih \_\_\_\_\_  
Vaccinationsdatum

02. Kimlik numarası \_\_\_\_\_  
Personnr

03. Adı soyadı \_\_\_\_\_  
Namn

	Ja	Nej
04. Sizin/çocuğunuzun yumurtaya karşı alerjisi var mı? <i>Har dulditt barn allergi mot ägg?</i>	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
05. Sizin/çocuğunuzun başka bir şeye karşı şiddetli alerjik reaksiyon göstermesi sonucu sağlık bakımına başvurmak zorunda kaldınız mı? <i>Har dulditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?</i>	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
06. Sizin/çocuğunuzun daha önce olduğunuz aşılarla karşı şiddetli bir reaksiyonunuz oldu mu? <i>Har dulditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?</i>	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
07. Size/çocuğunuza son 2-4 hafta içinde başka bir aşı yapıldı mı? <i>Har dulditt barn fått annan vaccination de senaste 2-4 veckorna?</i>	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
08. Sizde/çocuğunuzda hemofili (blödersjuka) hastalığı var mı? <i>Har dulditt barn blödersjuka?</i>	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
09. Sizin/çocuğunuzun herhangi bir kronik hastalığı var mı? <i>Har dulditt barn någon kronisk sjukdom?</i>	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
09a. Eğer yanıt evet ise, sizde/çocuğunuzda: <i>Om ja, har dulditt barn:</i>		
09b. Kronik akciğer hastalığı, astım dahil <i>Kronisk lungsjukdom, inkl. astma</i>	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
09c. Aşırı şişman olma (BMI'si 40'ın üstünde olanlar) <i>Kraftig övervikt (BMI&gt;40)</i>	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
09d. Nöromuskuler hastalık (örneğin MS gibi) <i>Neuromuskulär sjukdom (t ex MS)</i>	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
09e. Kronik kalp ve damar hastalığı (sadece yüksek tansiyonu olma durumu değil) <i>Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)</i>	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
09f. Enfeksiyona yakalanma riskinin yüksek olma hali <i>Ökad risk för infektioner</i>  (örneğin; bağışıklık sistemi düşük olanlar ve buna benzer diğer durumlar, kanser ya da halen görmekte olduğu tedavi nedeniyle veya hastalığın kendisinin sebep olduğu enfeksiyona yakalanma riski yüksek olanlar) <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"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
09g. Kronik karaciğer ya da böbrek yetmezliği <i>Kronisk lever- eller njursvikt</i>	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
09h. Şeker hastalığı "Diabetes mellitus" <i>Diabetes mellitus</i>	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
09i. Beyin felci CP/çok sayıda işlev yetmezliği olan engelli <i>CP/multifunktionshandikapp</i>	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır

Ja

Nej

Ja

Nej

10. Gebe misiniz?

*Är du gravid?* Evet Hayır

10a. Eğer yanıt evet ise, gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız \_\_\_\_

*Om ja, vilken graviditetsvecka*

11. Size/çocuğunuza ait aşı ile ilgili bize verdiğiniz buradaki bilgilerin başka sağlık kurumlarında da okunmasına izin veriyor musunuz?

*Samtycker du till att din/ditt barns vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?* Evet Hayır**Buradaki soruları yeni gribe karşı yapılan 2.inci doz aşı öncesinde doldurunuz***Fyll i denna fråga inför dos 2 av vaccinet mot nya influensan*

12. Size/çocuğunuza yapılan ilk doz aşının her hangi bir yan etkisi oldu mu?

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

12a. Eğer yanıt evet ise, aşağıda uygun olan seçeneğin karşısına çarpı işareti koyunuz

*Om ja, kryssa för alternativ här*

Şiddetli kızartı/şişkinlik 5 cm den daha fazla

*Kraftig rodnad/svullnad mer än 5 cm*

Şiddetli kızartı/şişkinlik 10 cm den daha fazla

*Kraftig rodnad/svullnad mer än 10 cm*

38,5 dereceden daha yüksek ateş

*Feber mer än 38,5 grader*

Başka bir reaksiyon

*Annan reaktion*

14. Çocuğuma aşı yapılmasına izin veriyorum.

*Jag samtycker till att mitt barn vaccineras.*

Ja

 Evet

Nej

 Hayır

13. Aşı olacak olan kişinin imzası

*Namnunderskrift av den som ska vaccineras*

15. Yaşı küçük olan çocuğun velayet hakkına sahip olan kişinin imzası

*Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig***Açık adı ve soyadı***Namnförtydligande***Açık adı ve soyadı***Namnförtydligande*