

Questionnaire regarding influenza vaccination

Frågeformulär influensavaccination

Patient details:

Patientuppgifter:

Name	Personal identity number
<i>Namn</i>	<i>Personnummer</i>

Before your influenza vaccination, we ask that you answer the following questions:

Inför din vaccination ber vi dig svara på följande frågor

1. Do you currently have a fever, and/or any type of acute infection? Yes No
Har du feber och/eller någon akut infektion nu? Ja Nej
2. Have you experienced any problems with previous vaccinations? Yes No
Har du haft några problem vid tidigare vaccinationer? Ja Nej
3. Are you allergic to eggs? Yes No
Är du allergisk mot ägg? Ja Nej
4. Do you have any other serious allergies? Yes No
Har du annan allvarlig allergi? Ja Nej
5. Do you take any blood thinning medications, such as Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto or Eliquis, on a regular basis? (does not apply to Trombyl) Yes No
Tar du blodförtunnande medicin, t.ex. Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis regelbundet? (gäller ej Trombyl) Ja Nej
6. Do you belong to any medical risk groups? E.g: Yes No
Tillhör du någon medicinsk riskgrupp, exempelvis: Ja Nej
 - Chronic heart-, liver- or kidney disease
Kronisk hjärt, lever eller njursjukdom
 - Chronic lung disease, such as COPD or severe/unstable asthma
Kronisk lungsjukdom KOL eller svår astma
 - Any illnesses that result in decreased lung function or worsened coughing
Sjukdom som leder till nedsatt lungfunktion eller försämrad hostkraft
 - Diabetes (diabetes mellitus) type 1 and 2
Diabetes (diabetes mellitus) typ 1 och 2
 - Significantly impaired immune system defence against infections (due to e.g. chemotherapy).
Gravt nedsatt infektionsförsvar, t.ex. cellgiftbehandling.
7. Are you pregnant? Yes No
Är du gravid? Ja Nej

8. Do you work closely with patients in the healthcare system in the Gävleborg Region?
 Är du personal i patientnära vård i Region Gävleborg? Yes No
 Ja Nej
9. Are you the household contact person for an immunodeficient person? Yes No
 Är du hushållskontakt till immunsvag person? Ja Nej

The Gävleborg Region processes your personal data in accordance with the regulations that are currently in force.

Region Gävleborg behandlar dina personuppgifter enligt gällande regelverk.

The questionnaire will be deleted once registration is complete.

Frågeformuläret raderas när registreringen är utförd.

The section below is to be filled in by the vaccination clinic if the vaccination is determined to be indicated.

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen om vaccination bedöms indicerat.

Vaccinationsdatum:	Ordinatörens namn:
Vaxigrip Tetra <input type="checkbox"/>	Annat vaccin namn:
Administreringssätt: Hö arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/>	Vä arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/>
Batch-/lotnummer:	Ev. annan lokalisation för administrering:
Ev. kommentar:	
Vaccinationen är registrerad i Svevac <input type="checkbox"/>	Registrerad i Svevac som personalvaccination <input type="checkbox"/> (Personal Region Gävleborg utan medicinska riskfaktorer ska registreras som personalvaccination i Svevac.)

Vaccinatörens namn: _____ Signatur: _____