

Frågeformulär vaccination mot Pneumokocker

Patientuppgifter:

Namn _____

Personnummer _____

Inför din vaccination mot Pneumokocker ber vi dig svara på följande frågor

1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu? Ja Nej
2. Har du haft några problem vid tidigare vaccinationer? Ja Nej
3. Tar du blodförtunnande medicin, t.ex. Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis regelbundet?(gäller ej Trombyl) Ja Nej
4. Har du fått vaccination mot Pneumokocker tidigare? Ja Nej
 - Vilket år fick du vaccin mot Pneumokocker förut? _____
5. Tillhör du någon medicinsk riskgrupp, exempelvis: Ja Nej
 - Avsaknad mjälte eller icke fungerande mjälte
 - Skallfraktur eller likvorläckage
 - Ålder 65 år och äldre
 - Kronisk hjärt-, lung- eller njursjukdom
 - Cochlea implantat inopererat för förbättrad hörsel
 - Högt intag av alkohol eller alkoholism
 - Levercirrhos - skrumplever
 - Diabetes
 - Nedsatt immunförsvar p.g.a. sjukdom eller medicinering (exempelvis HIV, Lymfom och cellgiftbehandling)
6. Är du gravid? Gravid ska inte pneumokockvaccineras! Ja Nej

Region Gävleborg behandlar dina personuppgifter enligt gällande regelverk.

Frågeformuläret raderas när registreringen är utförd.

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen om vaccination bedöms indicerat.

Vaccinationsdatum:	Ordinatörens namn:
Pneumovax <input type="checkbox"/>	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 registrerad i Svevac <input type="checkbox"/>	

Vaccinatörens namn: _____ Signatur: _____