

# تصريح عن الحالة الصحية للتطعيم ضد مرض كوفيد والانفلونزا

## البيانات الشخصية/PERSONUPPGIFTER

الرقم الشخصي 10 أرقام (XXXXXX-XX)

اسم العائلة

الاسم الأول

يملاها الشخص الذي سيتم تطعيمه

<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل أنت مصاب بالحمى و/أو عدوى التهابية الآن؟
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu?
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل أصبحت بحالة مرضية بعد التطعيم اضطررت بعدها لزيارة الرعاية الطبية؟
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	2. Har du drabbats av sjukdomstillstånd efter vaccination och behövt sjukhusvård?
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل أصبحت في مرة من المرات برد فعل حساسية بهد التطعيم اضطررت بسببها لزيارة الرعاية الطبية؟
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	3. Har du någon gång drabbats av en allergisk reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård?
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل تعاني من حالة إمكانية النزيف بسبب مرض أو دواء؟
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	4. Har du ökad blödningsbenägenhet p g a sjukdom eller medicin?
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل أنت حامل؟
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	5. Är du gravid?
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل تم تطعيمك في مرة من المرات خلال آخر 7 أيام؟
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	6. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna?
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل يقل عمرك عن 65 سنة من العمر وتتنمي لمجموعة خطر، مثلًا مرض السكري، مرض القلب أو الرئة، انخفاض المناعة الجسدية فشل كلوي أو كبدي؟
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	7. Är du under 65 år och tillhör någon riskgrupp, t ex diabetes, hjärt- eller lungsjukdom, nedsatt immunförsvar, njur- eller leversvikt?
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل تعاني من الحساسية من البيض؟
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	8. Är du allergisk mot ägg?
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل لديك تواصل في المنزل مع شخص يعني من انخفاض حاد في المناعة الجسدية؟
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	9. Är du hushållskontakt till person med kraftigt nedsatt immunförsvar?
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل أنت مستخدم ضمن قطاع الرعاية الصحية والطبية؟
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	10. Är du personal inom Hälso- och sjukvård?

Utförande mottagning/enhet:	Vaccinationsdatum:
<b>Ordinerat vaccin och dos</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Comirnaty XBB 1.5 - 0,3 ml  <input type="checkbox"/> Nuvaxovid 5 mkg - 0,5 ml  <input type="checkbox"/> Vaxigrip Tetra 0,5 ml  <input type="checkbox"/> Fluad Tetra 15 mkg         </div> <div style="width: 45%;"> Endast covid:    <input type="checkbox"/> Dos 1    <input type="checkbox"/> Dos 2    <input type="checkbox"/> Dos 3                        <input type="checkbox"/> Dos 4    <input type="checkbox"/> Dos 5    <input type="checkbox"/> Dos 6                        <input type="checkbox"/> Dos 7    <input type="checkbox"/> Dos 8    <input type="checkbox"/> Dos 9         </div> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="width: 45%;"> <b>Administrering intramuskulärt:</b>  Covid:      Vänster arm <input type="checkbox"/>      Höger arm <input type="checkbox"/>  Influensa:   Vänster arm <input type="checkbox"/>      Höger arm <input type="checkbox"/> </div> </div>	
<p>Covid; Batch-/lotnummer (<i>klistra etiketten här</i>)</p> <p>Influensa; Batch-/lotnummer (<i>klistra etiketten här</i>)</p>	

Ordinatörens namn (texta tydligt)

Signatur

Vaccinatörens namn (texta tydligt)

Signatur