

**VACCINATIONSDOS 2**

Personnummer:           -

Namn: .....

Listad på vårdcentral: .....

**MEDGIVANDE FÖR VACCINATION AV MITT BARN**

Jag ger mitt tillstånd till att mitt barn vaccineras med vaccin Pandemrix mot den nya influensan **A(H1N1)**

JA  NEJ

Förälder/vårdnadshavares namnteckning		Datum
Tel bostad	Tel arbete	Mobiltelefon

**Ifylles av målsman**

Har ditt barn allergi mot ägg?

NEJ  JA

Har ditt barn vid något tillfälle reagerat med en allvarlig allergisk reaktion? (Andnöd, blodtrycksfall, medvetslöshet)

NEJ  JA Om ja, vad?

Tidigare komplikation vid vaccination?

NEJ  JA Om ja, vilka?

Har ditt barn någon form av blödarsjuka?

NEJ  JA

Har ditt barn fått vaccin senaste månaden?

NEJ  JA, ange vaccin:

**Nedanstående ifylles av vaccinatören**

<input type="checkbox"/> <b>Ingen kontraindikation</b>	Lot-nr/Batch-nr	
<b>Vaccindos Pandemrix:</b> Barndos given <input type="checkbox"/>		
<b>Vaccin ej givet</b> <input type="checkbox"/>		
Biverkan av vaccinet? (ifylles bara om patienten uppvisar någon typ av reaktion)		
Om <input type="checkbox"/> JA, reagerat med:		
Vaccinationsplats		
Datum	Vaccinatör/namn	Signatur
Datum	Ordinatör om annan än vaccinatör/namn	Signatur