

VACCINATIONSDOS 1 + 2

(kopia skickas snarast efter vaccination 1 resp 2 till vårdcentralen för registrering)

Personnummer: -

Namn:

Listad på vårdcentral:

Skolhälsovården telefonnr

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

Ingen kontraindikation

Vaccindos Pandemrix: Barndos Vuxendos

Vaccin ej givet

Biverkan av vaccinet? (ifylles bara om patienten uppvisar någon typ av reaktion)

Om JA, reagerat med:

Vaccinationsdos 1

Vaccinationsplats		Lot-nr/ Batch-nr
Datum	Vaccinatör/namn	Signatur
Datum	Ordinatör om annan än vaccinatör/namn	Signatur

Vaccinationsdos 2

Vaccinationsplats		Lot-nr/ Batch-nr
Datum	Vaccinatör/namn	Signatur
Datum	Ordinatör om annan än vaccinatör/namn	Signatur