

ID Civic Reg. No. ....  
(Personnummer)

Name: .....  
(Namn)

Enlisted at Health care center: .....  
(Listad på vårdcentral)

Do you suffer from egg-allergy? (Har du allergi mot ägg?)

NO  YES

Have you had an severe allergic reaction for which it was necessary to seek medical advice?

(Har du vid något tillfälle reagerat med en allvarlig allergisk reaktion?)

NO  YES If yes, please describe:

Have you experienced any strong reaction to previous vaccinations?

(Tidigare komplikation vid vaccination?)

NO  YES If yes, please describe:

Have you had any other vaccination the past month?

(Har du fått något annat vaccin den senaste månaden?)

NO  YES If yes, what kind of vaccination?:

Do you suffer from any type of coagulation disorder?

(Har du någon form av blödarsjuka?)

NO  YES

Are you under treatment with Warfarin (blood thinner as e.g. Waran)?

(Behandlas du med Waran?)

NO  YES

## Nedanstående ifylles av vaccinatören (Information below is completed by the vaccinator)

<input type="checkbox"/> <b>Ingen kontraindikation</b>		Lot-nr/Batch-nr
<b>Vaccindos Pandemrix:</b> Vuxendos 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