

TBE vaccination, underlag för journalföring

Namn	Personnr	Kvinna ☐	Man ☐
Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård?		Ja ☐	Nej ☐
Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för? (Ägg, annat?)		Ja ☐	Nej ☐
Vad/vilket?			
Har du feber idag?		Ja ☐	Nej ☐
Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin?		Ja ☐	Nej ☐
Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna?		Ja ☐	Nej ☐
Vilket vaccin?			
Datum för senaste dos			
Är du gravid?		Ja ☐	Nej ☐

Nedanstående fylls i av vårdpersonal

Vaccin:

Ordinerat av:

Signatur:

Injektion given: ☐

Vä arm ☐

Hö arm ☐

IM ☐

SC ☐

Batchnummer:

Datum:

Signatur: