



VARBERGS
KOMMUN



Hälsodeklaration – vaccination mot säsongsinfluensa

Namn: _____ Personnr: _____

Har du feber eller en akut infektion nu? Ja Nej

Har du haft en allvarlig reaktion i samband med tidigare vaccinationer? Ja Nej

Har du reagerat med allvarlig allergi mot ägg? Ja Nej

Medicinerar du med blodförtunnande medel, typ Waran? Ja Nej

Är du gravid och i graviditetsvecka 1-15? Ja Nej

Inj. Vaxigrip Tetra ordineras: Ja Nej *i.m* *s.c*

Datum: _____ Namn ordinator: _____

Ordinerad dos given *i.m* *s.c* *Hö arm* *Vä arm*

Datum: _____ Namn vaccinator: _____

Vaccinets batchnummer: _____



**VARBERGS
KOMMUN**



Region Halland