

Vaccination 1 mot den nya influensan



Besvara frågorna i den grå rutan och ta med detta papper till vaccinationen!

.....
Personnummer

Plats för batchetikett

ID kontroll

Sign

.....
Namn

.....
Vaccinerande enhet

Har du allergi mot ägg?

	Ja	Nej
Har du allergi mot ägg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du tidigare reagerat i samband med vaccination?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlas du med Waran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du tidigare reagerat i samband med vaccination?

Behandlas du med Waran?

**Om du svarar Ja på någon av dessa frågor,
kontakta din vårdgivare för råd angående vaccination.**

.....
Ordinätör

Pandemrix 0,25 ml i.m.
0,5 ml

.....
Datum

.....
Vaccinätör

Journalregistrering utförd

Sign

Vaccination 2 mot den nya influensan



.....
Personnummer

Plats för batchetikett

ID kontroll

Sign

.....
Namn

.....
Vaccinerande enhet för vaccination nr 1

.....
Ange här om annan vaccinerande enhet än för vaccination nr 1

Tid för vaccination nr 2

.....
Datum

.....
Ordinätör

Waran-behandling

Pandemrix 0,25 ml i.m.
0,5 ml

.....
Datum

.....
Vaccinätör

Journalregistrering utförd

Sign