

## الاستمارة التي يجب ملؤها قبل أن تحصل أنت أو طفلك على اللقاح

القرن	السنة	اليوم	الأرقام الأربعة الأخيرة	رجل	امرأة	الاسم ..... الرقم الشخصي
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
لا أعرف	لا	نعم	هل أنت أو طفلك مصاب بمرض رئوي مزمن، أحد أمراض القلب والشرابين المزمنة، قصور كلوي أو قصور في الكبد، مرض السكر الشديد، ضعف شديد في المناعة ضد العدوى، حاجة مستمرة لدواء ضد الربو أثناء السنوات الثلاث الأخيرة، مرض آخر شديد يؤثر على التنفس، زيادة كبيرة في الوزن؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أو لدى طفلك حساسية من البيض/بروتين الدجاج؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أو لدى طفلك حساسية من الزئبق (تيوميرسال)؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أو لدى طفلك حساسية من المواد الحافظة (فورمالدهيد)؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أو لدى طفلك حساسية من المضادات الحيوية (جنتاميسين)؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أو لدى طفلك عدوى حالياً مع درجة حرارة أعلى من 38 درجة؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تعرضت أنت أو طفلك لرد فعل شديد تجاه أي من اللقاحات السابقة، كالصعوبة في التنفس مثلاً؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أنت حامل؟			

Ordination av vaccination ( kryssa i rutorna nedan vad som ordineras ) Ja  Nej 

Datum	Namn	läkare	sjuksköterska
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Uppgifter att fyllas i av vaccinatören

- Pandemrix dos nr 1, im, batchnr .....
- Pandemrix dos nr 2, im, batchnr .....
- Vaccination mot säsongsinfluensan, im/sc, batchnr .....
- Vaccination mot pneumokocker, im/sc, batchnr .....

## Vaccinationsdat.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

## Injektionsställe

Hö	Arm	Ben	Skinka
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Namn på vaccinator

Vårdcentral/klinik/distriktssköterskemottagning eller motsvarande .....

إذن بتلقيح <input type="checkbox"/>	الطفل <input type="checkbox"/>	المستفيد من اللقاح <input type="checkbox"/>
لقد اطلعت على المعلومات المذكورة أعلاه ومنحت إذني بإعطاء لقاح ضد:		
<input type="checkbox"/> الإنفلونزا الجديدة A (إبتش1 إن H1N1/1)	<input type="checkbox"/> الأنفلونزا الموسمية	<input type="checkbox"/> المكورات الرئوية
التاريخ	اسم حامل حق الحضانة / اسم الوصي	رقم هاتف البيت أو الجوال