

ራስህ ወይም ልጅህ ከመከተላችሁ በፊት የሚሞላ ሰነድ

ስም ..... የማንነት ቁጥር 

--	--	--	--

 - 

--	--

 ወንድ ሴት

ራስህ ወይም ልጅህ ስር-ሰደድ የሳምባ ወይም የልብና የደም መተላልፍያ በሽታ ወይም ስር-ሰደድ የጉብት ወይም የኩላሊት በሽታ ወይም ከባድ የስኳር በሽታ ወይም በጣም የተዳከመ በሽታን የመቋቋም አቅም ወይም መተንፈስን የምያዳክም ሌላ በሽታ ወይም ቅጥ ያጣ ውፍረት አላችሁ?	አዎ	የለም	እንቄ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ባለፉት ሶስት ዓመት ውስጥ የአስም መድኃኒት አዘውታችሁ መወሰድ አስፈልጋችኋል?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ራስህ ወይም ልጅህ የእንቁላል ወይም የደሮፕሮቲን አለርጂ አላችሁ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ራስህ ወይም ልጅህ የባዛቃ (tiomersal) አለርጂ አላችሁ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ምግብ እንዳይበላሽ የሚከላከል ኬሚካል የ(formaldehyd) ራስህ ወይም ልጅህ አለርጂ አላችሁ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ራስህ ወይም ልጅህ የgentamicin የሚባል አንቲብዮቲክ አለርጂ አላችሁ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ባሁኑ ወቅት ራስህ ወይም ልጅህ ከ 38 ዲግሪ በላይ ትኩሳት ያስከተለ ኢንፈክሽን አላችሁ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ከዚህ በፊት ራስህ ወይም ልጅህ ባደረጋችሁት ክትባት ብርቱ የተቃወሞ ምልክት (ለምሳሌ የትንፋሽ ችግር) አጋጥሞችኋል?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
እርጉዝ ነሽ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....  
 Datum Namn  läkare  sjuksköterska

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

Namn på vaccinatör  
 Vårdcentral/klinik/distriktssköterskemottagning eller motsvarande .....

ክትባት የማድረግ ፈቃድ  ለልጅ  ለተጠቃሚ

ላይ የተጻፈውን መረጃ አንብቦ የሚከተሉት ክትባቶች እንዲደረጉ ፈቅደሃል።

አዲሱ ኢንፍልወንዛ A (H1N1)  ወቅታዊ ኢንፍልወንዛ  Pneumokocker የሚባል የባክተርያ በሽታ

---

ቀን የአሳዳጊ ስም / የምግቢት ስም የቤት ወይም የሞባይል ስልክ ቁጥር

አስተውል! የተሞላውን ሰነድ ለክትባት ሰጪው ታስረክባለህ። በበኩላችሁ እሱ ደግሞ በየወሩ ወደ Smittskyddsenheten, Landstinget i Uppsala län, 751 85 Uppsala. ይልኩታል።