

## Kaavake, joka on täytettävä ennen kuin sinä/lapsesi saatte rokotteen

HUOM! Täytetty kaavake jätetään rokotuksen suorittavalle henkilölle, joka kuukausittain lähettää kaavakkeet osoitteeseen: Smittskyddsenheten, Landstinget i Uppsala län, 751 85 Uppsala.

Nimi .....Henkilötunnus 

--	--	--	--	--	--	--	--

 - 

--	--	--

--	--

--	--

	<b>Vuosisata</b>	<b>vuosi</b>	<b>kk</b>	<b>pv</b>	<b>4 viimeistä n:roa</b>	<b>mies</b>	<b>nainen</b>
Onko sinulla/lapsellasi krooninen keuhkosairaus, krooninen sydän-verisuonitauti, kroonisesti alentunut maksan- ja/tai munuaistentoiminta, vaikea diabetes, vakavasti heikentynyt puolustuskyky infektioita vastaan, jatkuva astmalääkkeiden tarve kolmen viimeisen vuoden aikana, muu vaikea hengityskykyyn vaikuttava sairaus, vaikea ylipaino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko sinä/lapsesi allerginen kananmunille/kanaproteiinille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko sinä/lapsesi allerginen elohopealle (tiomersaali)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko sinä/lapsesi allerginen säilöntäaineille (formaldehyd)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko sinä/lapsesi allerginen gentamisiinille (antibiootti)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onko sinulla/lapsellasi parhaillaan infektio ja kuumetta yli 38 astetta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko sinä/lapsesi saanut jostakin aikaisemmasta rokotteesta voimakkaan reaktion, kuten esim. hengitysvaikeuksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko raskaana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

	Vaccinationsdat.	Injektionsställe			
<input type="checkbox"/> Pandemrix dos nr 1, im, batchnr .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				Hö <input type="checkbox"/> Arm Ben Skinka Vä <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pandemrix dos nr 2, im, batchnr .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				Hö <input type="checkbox"/> Arm Ben Skinka Vä <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vaccination mot säsongsinfluensan, im/sc, batchnr .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				Hö <input type="checkbox"/> Arm Ben Skinka Vä <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vaccination mot pneumokocker, im/sc, batchnr .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				Hö <input type="checkbox"/> Arm Ben Skinka Vä <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

.....  
 Namn på vaccinator

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

**Rokotuslupa koskien**  **lasta**  **hoidettavaa henkilöä**

Olen lukenut yllä olevan informaation ja annan luvan rokotukseen koskien seuraavaa:

Uusi influenssa A (H1N1)  Kausi-influenssa  Pneumokokkeja vastaan

Päivämäärä

Huoltajan nimi / Holhoojan nimi

Puhelinnumero kotiin tai kännykkänumero