

## Formulaire à remplir avant que vous ou votre enfant ne soyez vacciné

N.B. Ce formulaire rempli doit être remis au prestataire du vaccin qui l'adressera à la fin du mois à Smittskyddsenheten, Landstinget i Uppsala län, 751 85 Uppsala.

Nom ..... N° personnel identité 

--	--	--	--

 - 

--

--

--

	Oui	Non	Ne sait pas
Avez-vous, vous-même ou votre enfant, une maladie pulmonaire chronique, une maladie cardio-vasculaire chronique, une insuffisance hépatique ou rénale chronique, un diabète grave, une défense aux infections gravement réduite, un besoin continu de médicaments contre l'asthme, au cours des trois dernières années, une autre maladie grave qui a un effet sur la respiration, un surpoids exagéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous, vous ou votre enfant, allergique aux œufs/aux protéines du poulet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous, vous ou votre enfant, allergique au mercure (tiomersal) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous, vous ou votre enfant, allergique aux conservateurs (formaldéhyde) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous, vous ou votre enfant, allergique à l'antibiotique gentamicine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous, vous-même ou votre enfant, une infection avec de la fièvre de plus de 38 degrés °?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu auparavant, vous ou votre enfant, une réaction importante à une vaccination, par exemple des difficultés respiratoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-----  
**Ordnation av vaccination ( kryssa i rutorna nedan vad som ordineras )**      Ja       Nej

.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 vaccinatör

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

**Autorisation de vaccination pour**  **enfant**  **personne assistée**

J'ai pris connaissance des informations données ci-dessus et je donne mon autorisation pour une vaccination contre :

Nouvelle grippe A (H1N1)  Grippe saisonnière  Pneumocoques

---

Date

Nom de la personne ayant le droit de garde / nom du tuteur

N° de téléphone fixe ou mobile