

## فُرم پرسشنامه قبل از واکسیناسیون شما یا فرزندتان

روز ماه سال سده چهار شماره مرد زن  
 نام نام ..... Personnr شماره شناسائی -

Vet ej نمیدانم Nej خیر Ja بلی

آیا شما یا فرزندتان مبتلا به یک بیماری مزمن ریوی، بیماری مزمن قلب و عروق، بیماری مزمن کبدی یا نارسائی کلیه، مرض قند شدید، کاهش شدید مصونیت در برابر عفونت، نیاز مداوم به داروی ضد آسم طی سه سال اخیر، سایر بیماریهای شدیدی که بر روی تنفس تأثیر بگذارند یا دچار اضافه وزن شدید، بوده اید؟

آیا شما یا فرزندتان نسبت به تخم مرغ یا پروتئین مرغ حساسیت/آلرژی دارید؟

آیا شما یا فرزندتان نسبت به جیوه (تیومرسال) حساسیت/آلرژی دارید؟

آیا شما یا فرزندتان نسبت به ماده کنسرو کننده (فُرم آلدئید) حساسیت/آلرژی دارید؟

آیا شما یا فرزندتان نسبت به آنتی بیوتیک های دارای جنتامایسین حساسیت/آلرژی دارید؟

آیا شما یا فرزندتان در حال حاضر دارای عفونت با تب بالاتر از 38 درجه هستید؟

آیا شما یا فرزندتان قبلاً نسبت به نوعی واکسن واکنش شدیدی مانند مثلاً دشواری تنفسی از خود نشان داده اید؟

آیا باردار/حامله هستید؟

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 .....

Vaccinationsdat.

Injektionsställe

Hö  Arm Ben Skinka  
 Vä

Pandemrix dos nr 2, im, batchnr .....

Hö  Arm Ben Skinka  
 Vä

Vaccination mot säsongsinfluensan, im/sc, batchnr .....

Hö  Arm Ben Skinka  
 Vä

Vaccination mot pneumokocker, im/sc, batchnr .....

Hö  Arm Ben Skinka  
 Vä

Namn på vaccinatör

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

brukare  barn  مجوز تزریق واکسن برای

اطلاعات فوق را دریافت کرده و اجازه تزریق واکسن علیه موارد زیر را می دهید:

(H1N1) آنفلوآنزای جدید آ

Säsongsinfluensan فصلی آنفلوآنزای

Pneumokocker پنوموکوک

Datum تاریخ

Vårdnadshavarens namn / Förmyndarens namn نام سرپرست/نام قیم

Telefonnummer hem eller mobil شماره تلفن منزل یا تلفن همراه