

## تصريح عن الحالة الصحية للتطعيم ضد مرض كوفيد والانفلونزا

### PERSONUPPGIFTER/البيانات الشخصية

الرقم الشخصي 10 أرقام (XXXXXX-XX)

اسم العائلة

الاسم الأول

يملأها الشخص الذي سيتم تطعيمه

1. هل أنت مصاب بالحمى و/أو عدوى التهابية الآن؟  
 لا  نعم  
 Nej  Ja
2. هل أصبت بحالة مرضية بعد التطعيم اضطرت بعدها لزيارة الرعاية الطبية؟  
 لا  نعم  
 Nej  Ja
3. هل أصبت في مرة من المرات برد فعل حساسية بعد التطعيم اضطرت بسببها لزيارة الرعاية الطبية؟  
 لا  نعم  
 Nej  Ja
4. هل تعاني من حالة إمكانية التزيف بسبب مرض أو دواء؟  
 لا  نعم  
 Nej  Ja
5. هل أنت حامل؟  
 لا  نعم  
 Nej  Ja
6. هل تم تطعيمك في مرة من المرات خلال آخر 7 أيام؟  
 لا  نعم  
 Nej  Ja
7. هل يقل عمرك عن 65 سنة من العمر وتنتمي لمجموعة خطر، مثلا مرض السكري، مرض القلب أو الرئة، انخفاض المناعة الجسدية فشل كلوي أو كبدي؟  
 لا  نعم  
 Nej  Ja
8. هل تعاني من الحساسية من البيض؟  
 لا  نعم  
 Nej  Ja
9. هل لديك تواصل في المنزل مع شخص يعاني من انخفاض حاد في المناعة الجسدية؟  
 لا  نعم  
 Nej  Ja
10. هل أنت مستخدم ضمن قطاع الرعاية الصحية والطبية؟  
 لا  نعم  
 Nej  Ja

Utförande mottagning/enhet:	Vaccinationsdatum:
<b>Ordinerat vaccin och dos</b> <input type="checkbox"/> Comirnaty XBB 1.5 - 0,3 ml <input type="checkbox"/> Nuvaxovid 5 mkg - 0,5 ml <input type="checkbox"/> Vaxigrip Tetra 0,5 ml <input type="checkbox"/> Fluad Tetra 15 mkg	Endast covid: <input type="checkbox"/> Dos 1 <input type="checkbox"/> Dos 2 <input type="checkbox"/> Dos 3 <input type="checkbox"/> Dos 4 <input type="checkbox"/> Dos 5 <input type="checkbox"/> Dos 6 <input type="checkbox"/> Dos 7 <input type="checkbox"/> Dos 8 <input type="checkbox"/> Dos 9
	Administrering intramuskulärt: Covid: Vänster arm <input type="checkbox"/> Höger arm <input type="checkbox"/> Influensa: Vänster arm <input type="checkbox"/> Höger arm <input type="checkbox"/>
Covid; Batch-/lotnummer (klistra etiketten här)	Influensa; Batch-/lotnummer (klistra etiketten här)

Ordinatörens namn (texta tydligt)

Signatur

Vaccinatörens namn (texta tydligt)

Signatur