

Covid- ja influenssarokotusta koskeva terveystilmoitus

HENKILÖTIEDOT

Etunimi _____ Sukunimi _____ Henkilönumero 10 numeroa (XXXXXX-XXXX)

Rokotteen vastaanottava täyttää

- Onko sinulla tällä hetkellä kuumetta ja/tai jokin akuutti infektiio? Kyllä Ei
Har du feber och/eller någon akut infektion nu? Ja Nej
- Ovatko aiemmat rokotukset aiheuttaneet sairaudentilan, jonka takia olet tarvinnut sairaalahoitoa? Kyllä Ei
Har du drabbats av sjukdomstillstånd efter vaccination och behövt sjukhusvård? Ja Nej
- Onko rokotus joskus aiheuttanut allergisen reaktion, ja olet sen takia tarvinnut sairaalahoitoa? Kyllä Ei
Har du någon gång drabbats av en allergisk reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård? Ja Nej
- Onko sinulla sairauden tai lääkkeen johdosta lisääntynyt verenvuototaipumus? Kyllä Ei
Har du ökad blödningsbenägenhet p g a sjukdom eller medicin? Ja Nej
- Oletko raskaana? Kyllä Ei
Är du gravid? Ja Nej
- Oletko saanut rokotteen joskus viimeisten 7 päivän aikana? Kyllä Ei
Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna? Ja Nej
- Oletko alle 65-vuotias ja kuulut johonkin riskiryhmään, kuten esim. diabetes, sydän- tai keuhkosairaus, heikentynyt immuunivaste, munuaisten tai maksan vajaatoiminta? Kyllä Ei
Är du under 65 år och tillhör någon riskgrupp, t ex diabetes, hjärt- eller lungsjukdom, nedsatt immunförsvar, njur- eller leversvikt? Ja Nej
- Oletko allerginen kananmunalle? Kyllä Ei
Är du allergisk mot ägg? Ja Nej
- Oletko lähiyhteydessä henkilöön, jonka immuunivaste on voimakkaasti heikentynyt? Kyllä Ei
Är du hushållskontakt till person med kraftigt nedsatt immunförsvar? Ja Nej
- Työskenteletkö terveyden- tai sairaanhoidossa? Kyllä Ei
Är du personal inom Hälso- och sjukvård? Ja Nej

Utförande mottagning/enhet:	Vaccinationsdatum:
Ordinerat vaccin och dos <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"/> Influenza: Vänster arm <input type="checkbox"/> Höger arm <input type="checkbox"/>
	Covid; Batch-/lotnummer (klistra etiketten här) Influenza; Batch-/lotnummer (klistra etiketten här)

Ordinatörens namn (texta tydligt) _____

Signatur _____

Vaccinatörens namn (texta tydligt) _____

Signatur _____