

## Registrerings skjema ved vaksinasjon

### Person- og helseopplysninger (fylles ut av den som skal vaksineres)

Fødselsnummer (11 siffer):.....

Fornavn:..... Etternavn: .....

Firma:.....

Mobil:.....

Ansatt  Innleid

Har du tatt influensavaksine tidligere? Ja  Nei

Har du tidligere hatt reaksjon ved vaksinasjon? Ja  Nei

Er du allergisk mot egg? Ja  Nei

Har du annen allergi? Ja  Nei

Dersom ja, skriv hvilken.....

Har du febersykdom eller akutt infeksjonssykdom i dag? Ja  Nei

Er du gravid eller planlegger å bli det? (gravid i uke:.....) Ja  Nei

Har du en kronisk sykdom? Ja  Nei

Dersom ja, skriv hvilken.....

Bruker du medisiner? Ja  Nei

Dersom ja, skriv hvilke.....

Har du fått noen annen vaksine de siste 4 ukene Ja  Nei

Dersom ja, skriv hvilken.....

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

*Dersom den som skal vaksineres svarer ja på ett eller flere av spørsmålene om allergi, tidligere vaksinerereaksjon eller akutt sykdom, bør sykepleier/lege vurdere om vaksine kan gis. Alle vaksinasjoner skal registreres i det nasjonale vaksineregisteret - SYSVAK, også de utenfor vaksinasjonsprogrammet, uten samtykke eller reservasjonsrett for den som vaksineres. Dette er nedfelt i SYSVAK-registerforskriften § 1-2 og § 1-7. Hensikten er å sikre at alle vaksinasjoner blir registrert.*

### Fylles ut av sykepleier:

Vaksine gitt:..... H  V

LOT: .....

Signatur: .....

# Self-declaration before influenza vaccination

## Personal / health information (to be filled in by the person to be vaccinated)

Social security number (11 digits):.....

First name: ..... Surname: .....

Company: .....

Mobile:.....

Employee  Consultant

Have you had the influenza vaccine before? Yes  No

Have you ever had a serious reaction after receiving a vaccination? Yes  No

Do you have egg allergy? Yes  No

Do you have other allergies? Yes  No

If yes please specify:.....

Do you have a fever or an acute infectious disease today? Yes  No

Are you pregnant or planning to become pregnant? (weeks pregnant:.....) Yes  No

Do you have a chronic illness? Yes  No

If yes please specify:.....

Do you use any medication? Yes  No

If yes please specify:.....

Have you received any vaccinations in the past 4 weeks? Yes  No

If yes please specify:.....

Date: ..... Signature:.....

*If the person to be vaccinated answers yes to one or more of the questions about allergy, previous vaccine reaction or acute illness, the nurse/doctor should assess whether the vaccine can be given. All vaccinations must be registered in the national vaccine register - SYSVAK, including those outside the vaccination program, without the consent or reservation rights of the person being vaccinated. This is described in the SYSVAK register regulations (SYSVAK-registerforskriften) § 1-2 and § 1-7. The intention is to ensure that all vaccinations are registered.*

## To be filled in by vaccinator

Vaccine given:..... R  L

LOT: .....

Signature: .....