

Egenerklæringsskjema ved influensavaksiner

Fødselsnummer (11 siffer):.....

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

Har du tatt influensavaksine tidligere? Ja Nei

Har du hatt reaksjoner på vaksiner tidligere? Ja Nei

Hvis ja, beskriv hvilke.....

Er du allergisk mot egg? Ja Nei

Har du annen allergi? Ja Nei

Har du febersykdom eller akutt infeksjonssykdom i dag? Ja Nei

FOR KVINNER: Er du gravid? (gravid i uke) Ja Nei

Jeg ønsker at vaksinen registreres i SYSVAK (Nasjonalt vaksinasjonsregister) Ja Nei

Dato:.....Underskrift:.....

Dersom den som kommer for vaksiner svarer ja på ett eller flere av spørsmålene om allergi, tidligere vaksinerreaksjoner eller akutt sykdom, bør lege vurdere om vaksine kan gis.

Legens vurdering:

Fylles ut av vaksinatør:

Dato:
Type/Merke:
Batchnummer:
Injeksjonssted:
Signatur/stempel vaksinatør:

Self-declaration form - influenza vaccination

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

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

Have you had the influenza vaccine before? Yes No

Have you ever had negative reactions to vaccines? Yes No

If yes, describe the reactions.....

Do you have egg allergy? Yes No

Do you have any other allergies? Yes No

Are you in general good health today and without fever? Yes No

For women only: Are you pregnant? Yes No

If pregnant, which week of pregnancy?.....

I approve that my vaccination will be registered in SYSVAK (Norwegian National Vaccination Registry) Yes No

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

If there are one or more yes answers to the questions above about allergy, previous vaccine reactions or acute illness, a doctor should consider whether a vaccine can be given or not.

The doctor's assessment:

To be completed by vaccinator:

Date:
Vaccine:
Batch Number:
Location of injection:
Signature/Stamp Vaccinator