

Registreringskjema ved vaksinasjon

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

Fødselsnummer (11 siffer).....

Etternavn..... Fornavn.....

Email Mobil

Firma

Aker Solutions Aker BP Altus Kværner NES Annen
 Innleid AKSO Innleid Aker BP

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
 Har du kroniske sykdommer? Ja Nei
Hvis ja, beskriv hvilke.....
 FOR KVINNER: Er du gravid? (gravid i uke) Ja Nei
 Jeg ønsker at vaksinen registreres i SYSVAK Ja Nei

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

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

Fylles ut av vaksinatør:

Dato
Type /Merke
Batchnummer
Injeksjonssted
Signatur/stempel vaksinatør

Self-declaration before influenza vaccination

Social Security no _____

Surname _____ First name _____

E-mail Mobile

Company

Aker Solutions Aker BP Altus Kværner NES Other

Consultant AKSO Consultant Aker BP

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 good health and without fever? Yes No

Do you have any chronic diseases? Yes No

If yes, diagnosis?.....

For women only: Are you pregnant? (week) Yes No

I declare that my vaccination will be registered in SYSVAK Yes No

Date: _____ Signature _____

If the employee answer yes to one or more questions about allergy, reaction to earlier vaccination or other illness, the doctor should consider if the vaccine should be given.

For the nurse:

Date
Vaccine
Batch Number
Location for vaccine
Signature Nurse