

## Frågor inför influensa- och/eller pneumokockvaccination Bilaga 1

<b>Personnummer</b>	<b>Namn</b>
---------------------	-------------

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>1. Vad vill du bli vaccinerad mot?</b>		
Influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunginflammation (pneumokockvaccin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Har du tidigare fått vaccin mot:</b>		
Influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, vilket år .....		
Lunginflammation (pneumokockvaccin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, vilket år .....		
<b>3. Är du allergisk mot ägg eller höns?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Har du pågående infektion, t. ex. feber eller förkylning?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Behandlas du med: kortison</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cellgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waran/Warfarin/Fragmin/Eliquis/Pradaxa/Lixiana/Xarelto (antikoagulantia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Har du opererat bort lymfkörtlarna i armhålan?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>