

# Influensavaccination (kommunens sjuksköterskor)

Bilaga 2

## Ordination

	Personnummer	Namn	Tidigare reaktion		Signatur Ordinatór	Datum för vaccina- tion	Signatur injektionsgivare
			Ja	Nej			
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
21			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
22			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
23			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## Ordination

Ordinerat till sjuksköterska, namn

Ordinerande läkare, namn:

***Vaccinationen dokumenteras i den enskildes omvårdnadsjournal.***

Efter vaccination och dokumentation lämnas listan till vårdcentralens ansvarige läkare för dokumentation i medicinska journalen.