

استمارة أسئلة التطعيم ضد الإنفلونزا

Frågeformulär influensavaccination

Patientuppgifter:

Namn

Personnummer

بيانات المريض :

الاسم

تاريخ الميلاد والرقم الشخصي

قبل تطعيمك نرجو أن تقوم بالإجابة على الأسئلة التالية:

Inför din vaccination ber vi dig svara på följande frågor

1. هل أنت مصاب بالحُمى و/أو أي مرض التهابي طارئ في الوقت الحاضر
Ja Nej 1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu?
2. هل تعرضت لمشكلات خلال التطعيم سابقا
Ja Nej 2. Har du haft några problem vid tidigare vaccinationer?
3. هل تعاني من الحساسية ضد البيض؟
Ja Nej 3. Är du allergisk mot ägg?
4. هل تعاني من الحساسية الشديدة بشكل آخر؟
Ja Nej 4. Har du annan allvarlig allergi?
5. هل تتناول أدوية مضادة لتخثر الدم، مثلا فاران Waran ، فراجمين Fragmin ، باداكسا Pradaxa ، كساريلتو Xarelto أو ايليكويس Eliquis بانتظام (لا يسري ذلك على ترومبيل Trombyl)
Ja Nej 5. Tar du blodförtunnande medicin, t.ex. Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis regelbundet? (gäller ej Trombyl)
6. هل تنتمي إلى أي من مجموعات الخطر الطبي، مثلا:
Ja Nej 6. Tillhör du någon medicinsk riskgrupp, exempelvis:
• أمراض القلب أو الكبد أو الكلى المزمنة
• Kronisk hjärt, lever eller njursjukdom
• مرض الرئة الإنسداد الرئوي المزمن أو الربو الحاد / غير المستقر
• Kronisk lungsjukdom KOL eller svår/instabil astma
• المرض الذي يؤدي إلى انخفاض وظائف الرئة أو ضعف قدرة السعال
• Sjukdom som leder till nedsatt lungfunktion eller försämrad hostkraft
• مرض السكري من الفئتين 1،2
• Diabetes mellitus typ 1,2
• انخفاض شديد في المناعة الجسدية ضد العدوى الالتهابية، على سبيل المثال العلاج الكيميائي.
• Gravt nedsatt infektionsförsvar, t.ex. cellgiftbehandling.
7. هل أنت حامل؟
Ja Nej 7. Är du gravid?
8. هل لديك تواصل عائلي مع شخص من ذوي ضعف المناعة
Ja Nej 8. Är du hushållskontakt till immunsvag person?
9. هل أنت مستخدم في مجال الرعاية القريبة للمرضى في قطاع يافليبوري؟
Ja Nej 9. Är du personal i patientnära vård i Region Gävleborg
10. مستخدم آخر في قطاع يافليبوري
Ja Nej 10. Övrig personal i Region Gävleborg

تذكير عن طريق رسالة هاتفية قصيرة (اس ام اس SMS) في كل فصل خريف ستصلك رسالة هاتفية قصيرة تذكرك عندما يحين أوان التطعيم ضد الإنفلونزا. أرسل إشعارا إلى 71370 به النص VACCIN. عندما يبدأ التطعيم ستصلك رسالة هاتفية قصيرة عن ذلك.

يعالج قطاع يافليبوري بيانات الشخصية حسب القواعد السارية. يتم حذف استمارة الأسئلة بعد الانتهاء من عمل التسجيل

Frågeformulär influensavaccination

SMS-påminnelse

Varje höst kan du få ett SMS som påminner dig när det är dags för influensavaccination.

Skicka ett meddelande till 71370 med texten VACCIN. När influensavaccinationerna startar får du ett SMS om detta.

Region Gävleborg behandlar dina personuppgifter enligt gällande regelverk.

Frågeformuläret raderas när registreringen är utförd.

يتم لاء لبيانات التالية من قبل عيادة التطعيم إذا تم تقييم أن التطعيم محددًا

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen om vaccination bedöms indicerat.

Vaccinationsdatum:	Ordinatörens namn:
Vaxigrip Tetra <input type="checkbox"/>	Annat vaccin namn:
Administreringsätt: Hö arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/>	Vä arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/>
Batch-/lotnummer:	Ev. annan lokalisation för administrering:
Ev. kommentar:	
Vaccinationen är registrerad i Svevac <input type="checkbox"/>	Registrerad i Svevac som personalvaccination <input type="checkbox"/> (Personal Region Gävleborg utan medicinska riskfaktorer ska registreras som personalvaccination i Svevac.)

Vaccinatörens namn:

Signatur: _____