

Bedömningsunderlag inför vaccination

.....
Datum

.....
Patientens namn

.....
Personnummer

Anamnes

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Äggallergi? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Annan allvarlig immunitetssänkande sjukdom
(leukemi, cytostatikabehandling etc) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Ökad blödningsrisk (warfarin eller NOAK/DOAK?) | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Tidigare kraftig reaktion på vaccin? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Patienten har tidigare fått pneumokockvaccin | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Bedömning

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Patienten bedöms lämplig för influensavaccin | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Patienten bedöms lämplig för pneumokockvaccin | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

.....
Ordinatörens underskrift (läkare/distriktssköterska/barnsjuksköterska)

Åtgärd (ifylls när dokumentation inte sker i Cosmic)

- | | |
|--|--------------------------|
| Patienten har erhållit influensavaccin idag | <input type="checkbox"/> |
| Patienten har erhållit pneumokockvaccin idag | <input type="checkbox"/> |

.....
Datum

.....
Underskrift distriktssköterska/sjuksköterska