

መጠይቅ፡ ከታቦት አንጻር ረኽስታት ኒሞኮካል
Frågeformulär vaccination mot Pneumokocker

ዝርዝራት ሓበሬታ ተሓካሚ፡
 Patientuppgifter:

ስም Namn	ውልቃዊ መለለዩ ቆዳጽሪ Personnummer
------------	--------------------------------

ቅድሚያ ናይ ኒሞኮካል ከታቦት ምውሳኔካ፡ ነዘም ዝስዕቡ ሕቶታት ክትምልስ ንሓተካ፡
 Inför din vaccination mot Pneumokocker ber vi dig svara på följande frågor

1. ኣብዚ ሕጂ እዋን፤ ረስኒ ከምኡ ድማ/ወይ ዝኾነ ዓይነት ብርቱዕ ረኽሲ ኣለካ ድዩ፡

Har du feber och/eller någon akut infektion nu?

እወ ኣይፋል
 Ja Nej
2. ቅድሚያ ሕጂ ኣብ ዝተሞህቡኻ ከታቦታት ሽግር ኣጓኒፍካ ይፈልጥ ድዩ፡

Har du haft några problem vid tidigare vaccinationer?

እወ ኣይፋል
 Ja Nej
3. ከም ብዓል ዋራን፡ ፍራግሚን፡ ፓራዳክሳ፡ ዛሬልቶ ወይ ኤሊክዩስ ዝኣመሰሉ ዝኾኑ ደም ዘቐጥኑ መድሃኒታት፡ ብስሩዕ ኣገቡብ፡ ትወስድ ዲኻ፡ (ንትሮምቢል ኣይምልከትንዩ)

Tar du blodförtunnande medicin, t.ex. Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis regelbundet?(gäller ej Trombyl)

እወ ኣይፋል
 Ja Nej
4. ቅድሚያ ሕጂ ዝኾኑ ከታቦታት ኣንጻር ኒሞኮካል ወሲድካ ትፈልጥ ዲኻ፡

Har du fått vaccination mot Pneumokocker tidigare?

እወ ኣይፋል
 Ja Nej

 - ንመወዳእታ ጊዜ ከታቦት ኣንጻር ኒሞኮካል ዝወስድካሉ ዓመት መኣስ ነይሩ፡ _____
 Vilket år fick du vaccin mot Pneumokocker förut? _____
 - Vilket vaccin fick du?
 ኣየናይ ከታቦት ኢኻ ተሞሂብካ?
5. ኣባል ናይ ዝኾኑ ሕክምናዊ ጉጅለታት ስግኣተ-ሓደጋ ዲኻ፡ ንኣብነት፡

Tillhör du någon medicinsk riskgrupp, exempelvis:

እወ ኣይፋል
 Ja Nej

 - ዕድመ 65 ዓመትን ልዕሊኡን
 Ålder 65 år och äldre
 - ላልሽ ዘይብሉ ወይ ዘይትሰርሕ ላልሽ ዘላቶ
 Avsaknad mjälte eller icke fungerande mjälte
 - መንቃዕቲ ሽክና ርእሲ ወይ ምልሓኹ ሓንጎለ-ዓንድሕቕኣዊ ፈሳሲ
 Skallfraktur eller likvorläckage
 - ሕዳር ናይ ልቢ-፡ ሳንቡእ ወይ ኩሊት ሕማም
 Kronisk hjärt-, lung- eller njursjukdom
 - ትሑት ናይ ሳንቡእ ዓቕሚ ወይ ዝሽፍኡ ጸረርታ ዘለዎ ሓይል ሰዓል፡ ንኣብነት ሕዳራት ስነ-መትናውያን ሕማማት ፍሒኛዊ ጸሓጎኣዊ/ጅምታዊ ወይ ኣገዩ ክሳብ፡
 Nedsatt lungfunktion eller försämrad hostkraft med sekretstagnation, t.ex. vissa kroniska neurologiska sjukdomar, cystisk fibros eller extrem fetma.
 - ምስማዕ ንምምሕያሽ ናይ ኮከልያ (ውሽጣዊ ክፍሊ እዝኒ) ምስኳዕ ዝተገብረሉ
 Cochlea implantat inopererat för förbättrad hörsel

- ሸኮርያ መሊቱስ
Diabetes mellitus
- ብምክንያት ሕማማት ወይ መድሃኒት (ፈርዲ ዋህዮታት-ወይ ናይ አንጉዕ ዓጽሚ አስተሳጻፍ፡ መንሸር/ሳይቶሲታቲክ ክንክን (ስርዓተ ኣብ'ቲ ምስ ደም ዝሆኑ ናይ አካላት ልፋጭ ብዓይነት ብዘተፈላለዩ ናይ ደም ዋህዮታት) ዘሸጃር ጎሑት ስርዓተ ብይነት።
Nedsatt immunförsvar p.g.a. sjukdom eller medicinering (stamcells- eller benmärgstransplantation, cancer/cytostatikabehandling eller behandling med TNF-ALFA-hämmare
- ናይ አልኮል ወይ ናይ እጸፋርስ/ድሮጋ ወልፊ
Alkohol eller drogmissbruk
- ሸጋራ አትካሺ
Rökare
- አልሓማይ ንናይ መራዚ ጎኪ ዝቃላዕ
Svetsare utsatta för toxisk rök
- ምውሳድ ልዑል መጠን አልኮላዊ መስተ ወይ ወልፊ መስተ
Högt intag av alkohol eller alkoholism
- ሕማም ጸላም ኩባዲ
Levercirrhos – skrumplever
- ሸኮርያ
Diabetes
- ብሰንኪ ሕማም ወይ ዝውሃብካ ዘሎ ፍወሳ (ንኣብነት ፍወሳ ኤችኤይቪ፡ ፍወሳ መንሸር ዕያገዳ ወይ ከሚካዊ ፍወሳ ዝተዳኸመ ስርዓተ ብይነት (ሕማም ናይ ምክልኻል ዓቕሚ)
Nedsatt immunförsvar p.g.a. sjukdom eller medicinering (exempelvis HIV, Lymfom och cellgiftbehandling)

6. ጥንስቲ ዲኺ፡ ጥንሳት ደቀንስትዮ ናይ ኒምኮካል ክታቦታት ከውሃብን የብሉን!
Är du gravid? Gravid ska inte pneumokockvaccineras!

እወ አይፋል
Ja Nej

እቲ አውራጃ Gävleborg ብመሰረት እቶም ኣብዚ እዋንዚ ተግባራውያን ዘለዉ ሕግታት ንውልቃዊ ዳታኻ (ሓበሬታኻ) ይምስርታ።

Region Gävleborg behandlar dina personuppgifter enligt gällande regelverk.

ምዝገባ ኣብ ዝተወድኣሉ እዋን እቲ መጠይቕ ክስረዝዮ።

Frågeformuläret raderas när registreringen är utförd.

**እቲ ኣብ ታሕቲ ዘሎ ክፍሊ ቦቲ ናይ ክታቦት ክሊኒክ ዝምላእ እዩ እንተድኣ እቲ ክታቦት ዝግባእ ምዃኑ ተወሲኑ።
Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen om vaccination bedöms indicerat.**

Vaccinationsdatum:	Ordinatörens namn:
Pneumovax <input type="checkbox"/>	Administreringssätt: 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 lokalisering för administrering:
Ev. kommentar:	
Vaccinationen registrerad i Svevac <input type="checkbox"/>	

Vaccinatörens namn: _____ Signatur: _____