

እወጃ ጥዕና ክታብት ኮቪድን ሰዓልን

ውልቃዊ መረዳኢታ / PERSONUPPGIFTER

ሽም _____ ሽም አባ _____ ሃገራዊ ምዝገባ ቁጽሪ 10 አታዝ (XXXXXX-XXXX)

ብእትክተቡ ንስኻትኩም ዝምላእ እዩ

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. ረስኒ ከምኡ'ውን/ወይከአ ብርቱዕ ረኽሲ ኣለኩም ዶ?
<i>Har du feber och/eller någon akut infektion nu?</i> | እወ <input type="checkbox"/> | ኣይፋልን <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 2. ድሕሪ ምክታብኩም ሓሚምኩምን ናይ ሕክምና ክንክን ኣድልይኩምን ነይሩ ዶ?
<i>Har du drabbats av sjukdomstillstånd efter vaccination och behövt sjukhusvård?</i> | እወ <input type="checkbox"/> | ኣይፋልን <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 3. ድሕሪ ምክታብ ኣለርጂያ ሒዝኩምን ናይ ሕክምና ክንክን ኣድልይኩምን ነይሩ ዶ?
<i>Har du någon gång drabbats av en allergisk reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård?</i> | እወ <input type="checkbox"/> | ኣይፋልን <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 4. ብሰንኪ ሕማም ወይከአ መድሓኒት ዝለዓለ ናይ ምድማይ ተኸእሎ ኣለኩም ዶ?
<i>Har du ökad blödningsbenägenhet p g a sjukdom eller medicin?</i> | እወ <input type="checkbox"/> | ኣይፋልን <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 5. ጥንስቲ ዲኹን?
<i>Är du gravid?</i> | እወ <input type="checkbox"/> | ኣይፋልን <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 6. ኣብ ዝሓለፉ 7 መዓልቲታት ዝኹን እዋን ተኸቲብኩም ነይርኩም ዶ?
<i>Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna?</i> | እወ <input type="checkbox"/> | ኣይፋልን <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 7. ዕድመኹም ትሕቲ 65 ዝኹንን ንሓደጋ ቅሎዕ ኣብ ዝበሃል እትምደቡ ዲኹም: ንኣብነት ሕማም ሸኮር: ሕማም ልቢ ወይ ሳንቡእ: ድኹም ስርዓት ምክልኻል ጥዕና ወይ ፍሹል ጸሊም ኩብዲ?
<i>Är du under 65 år och tillhör någon riskgrupp, t ex diabetes, hjärt- eller lungsjukdom, nedsatt immunförsvar, njur- eller leversvikt?</i> | እወ <input type="checkbox"/> | ኣይፋልን <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 8. ናይ እንቋቋሓ ኣለርጂያ ኣለኩም ዶ?
<i>Är du allergisk mot ägg?</i> | እወ <input type="checkbox"/> | ኣይፋልን <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 9. ኣዝዩ ድኹም ስርዓት ምክልኻል ጥዕና ናይ ዘለዎ ሰብ ስድራቤት ወኪልኩም እትውከሱ ሰብ ዲኹም?
<i>Är du hushållskontakt till person med kraftigt nedsatt immunförsvar?</i> | እወ <input type="checkbox"/> | ኣይፋልን <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 10. ኣብ ውሽጢ ክንክን ጥዕና ወይ ሕክምና ኣባል ሰራሕተኛ ዲኹም?
<i>Är du personal inom Hälso- och sjukvård?</i> | እወ <input type="checkbox"/> | ኣይፋልን <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Utförande mottagning/enhet:	Vaccinationsdatum:
Ordinerat vaccin och dos <input type="checkbox"/> Comirnaty XBB 1.5 - 0,3 ml <input type="checkbox"/> Nuvaxovid 5 mkg - 0,5 ml <input type="checkbox"/> Vaxigrip Tetra 0,5 ml <input type="checkbox"/> Fluad Tetra 15 mkg	Endast covid: <input type="checkbox"/> Dos 1 <input type="checkbox"/> Dos 2 <input type="checkbox"/> Dos 3 <input type="checkbox"/> Dos 4 <input type="checkbox"/> Dos 5 <input type="checkbox"/> Dos 6 <input type="checkbox"/> Dos 7 <input type="checkbox"/> Dos 8 <input type="checkbox"/> Dos 9
	Administrering intramuskulärt: Covid: Vänster arm <input type="checkbox"/> Höger arm <input type="checkbox"/> Influenza: Vänster arm <input type="checkbox"/> Höger arm <input type="checkbox"/>
Covid; Batch-/lotnummer (klistra etiketten här)	Influenza; Batch-/lotnummer (klistra etiketten här)

Ordinatörens namn (texta tydligt)

Signatur

Vaccinatörens namn (texta tydligt)

Signatur