

Datum  
2009-09-07

Vår beteckning

Handläggare  
Monica Rydh

Direktelefon  
054-61 64 17

Ert datum

Er beteckning

## SVEVAC

### Arbetsblad för registrering av vaccination

Utförd vaccination

Enheten patienten tillhör

Personnummer

Namn

Äggallergi

- Ja  
 Nej

Reaktion föregående dos

- Ja  
 Nej

Vårdgivare/Vaccinatör

Datum

Tidpunkt

- fm (10.00)  
 em (14.00)

Vaccin

- \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Satsnr

Lokalisation

- Höger arm  
 Vänster arm

Kommentar

Kontraindikation

Reaktion