

SVEVAC

Rapportering av utförda influensavaccineringar Hösten 2007

Blanketten ifylles av FHV och Privatläkare.

Privatläkare skickar in blanketten till den vårdcentral de är knutna till.

För instruktioner se separat blad

Vaccinerande enhet

Adress

Ordinerande läkare

Tillhörande vårdcentral

Pnr	Namn		Kön <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man	Adm projekt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Reaktion föreg dos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vårdgivare och vaccinator	
Datum	Tidpunkt	Vaccin, namn	Sats nr	Dos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Mängd	Lokalisation	Adm sätt
Ev kommentar	Ange orsak till ev kontraindikation		Ev reaktion	Startdatum reaktion	Tidpunkt reaktion	Rapport till Läke-medelsverket <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Pnr	Namn		Kön <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man	Adm projekt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Reaktion föreg dos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vårdgivare och vaccinator	
Datum	Tidpunkt	Vaccin, namn	Sats nr	Dos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Mängd	Lokalisation	Adm sätt
Ev kommentar	Ange orsak till ev kontraindikation		Ev reaktion	Startdatum reaktion	Tidpunkt reaktion	Rapport till Läke-medelsverket <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Pnr	Namn		Kön <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man	Adm projekt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Reaktion föreg dos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vårdgivare och vaccinator	
Datum	Tidpunkt	Vaccin, namn	Sats nr	Dos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Mängd	Lokalisation	Adm sätt
Ev kommentar	Ange orsak till ev kontraindikation		Ev reaktion	Startdatum reaktion	Tidpunkt reaktion	Rapport till Läke-medelsverket <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Pnr	Namn		Kön <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man	Adm projekt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Reaktion föreg dos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vårdgivare och vaccinator	
Datum	Tidpunkt	Vaccin, namn	Sats nr	Dos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Mängd	Lokalisation	Adm sätt
Ev kommentar	Ange orsak till ev kontraindikation		Ev reaktion	Startdatum reaktion	Tidpunkt reaktion	Rapport till Läke-medelsverket <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Pnr	Namn		Kön <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man	Adm projekt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Reaktion föreg dos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vårdgivare och vaccinator	
Datum	Tidpunkt	Vaccin, namn	Sats nr	Dos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Mängd	Lokalisation	Adm sätt
Ev kommentar	Ange orsak till ev kontraindikation		Ev reaktion	Startdatum reaktion	Tidpunkt reaktion	Rapport till Läke-medelsverket <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

SVEVAC

Instruktioner, Rapportering av utförda influensavaccineringar

Vaccinerande enhet	Ange enhet och ort som utför influensavaccinationen samt eventuellt pneumovacc.
Ordinerande läkare	Vilken läkare har ordinerat/delegerat uppgiften till er att ge influensavaccin samt eventuellt pneumovacc?
Tillhörande vårdcentral	Vilken Vårdcentral är Ni "knutna" till?
Personnummer, Namn	ååååmmdd-xxxx (12 siffror) Efternamn samt Förnamn
Adm Projekt information om "samkörning med Smittskyddsinstitutet för att sammanställa statistik samt biverkningar". Kryssa i Ja eller Nej.	Patienten får ta del informationsblad "Information till patienten inför vaccination mot t ex influensa", vilken bl a innehåller Läkemedelsverket för uppföljning av misstänkta
Reaktion föregående dos	Fråga patienten om det "Har förekommit någon reaktion efter föregående dos". Kryssa i Ja eller Nej.
Vårdgivare	Ange den läkare som har ordinerat/delegerat uppgiften samt vem som har gett vaccinationen?
Datum	Datum då vaccinationen utfördes.
Tidpunkt	Tidpunkt då vaccinationen utfördes. Viktigt med tanke på eventuella biverkningar/reaktioner.
Vaccin, namn	Namnet på givet vaccin (se flaskan).
Sats nr	Namnet på sats nr (se flaskan).
Dos	Betraktas dosen som hel. Kryssa i Ja eller Nej.
Mängd	Hur många ml ger Du?
Lokalisation	Du har att välja på: Hö lår, Vä lår Hö arm, Vä arm, Hö skinka, Vä skinka, Annan eller Okänd lokalisation.
Adm sätt	Du har att välja på: I.M, S.C, Intracut, Oralt, Transcut eller Annan.
Ev kommentar	OBS! Får inte skrivas in någon känslig information.
Ev kontraindikation	Ange orsak till kontraindikation T ex äggallergi.
Ev reaktion	Viktigt! Ange startdatum händelse samt tidpunkt! Symtom/Diagnos. Du har att välja på: Abcess, Anafylaktisk reaktion, Annan förlamning, Annat, Apné, Difteri, Dödsfall, Encefalit, Encefalopati, Epilepsi, Feber, Feber >40Co, Guillain-Barrés syndrom, Hepatit B, Hypotoni, Infantil spasm, Kikhosta, Knuta >1,5 cm diam, Kräkning, Kramp med eller utan feber, Livlöshetsattack, Lokal reaktion, Meningit, Polio, Påssjuka och Röda hund.
Rapport till Läkemedelsverket	Är reaktionen anmäld till Läkemedelsverket, kryssa i Ja eller Nej.