

Personinformasjon og egenerklæringsskjema til deg som vil ta influensavaksinen

Før vaksinasjon ber vi deg fylle ut dette skjemaet og ta med til vaksinasjonsstedet.

|  |
| --- |
| Etternavn, fornavn: |
| Adresse: |
| Telefon: |
| Fødselsnummer: |
| Signatur: |

Ikke møt opp til vaksinasjon og gi beskjed så raskt som mulig dersom du

* På vaksinasjonsdagen har forkjølelsessymptomer eller feber over 38 °C.
* Er i karantene eller isolasjon grunnet koronasykdom.
* Har blitt vaksinert med annen vaksine i løpet av siste 7 dager.
* Har gjennomgått koronasykdom for mindre enn 3 måneder siden (for ungdom 12-15 år gjelder det uavhengig av tid siden sykdom).

Svarer du JA på noen av spørsmålene under, bør det avklares før vaksinasjon om det trengs spesiell tilrettelegging. Les mer på neste side og kontakt lege hvis du er usikker.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ja | Nei |
| Har du **mastcellesykdom**? |  |  |
| Har du på grunn av **astma** i løpet av det siste året fått minst 2 kortisonkurer eller vært innlagt i sykehus? |  |  |
| Har du på grunn av **astma** hatt minst 3 av følgende symptomer siste 4 uker:  Symptomer på dagtid mer enn 2 ganger per uke   * Våknet på natten * Behov for anfallsmedisin mer enn 2 ganger per uke * Begrensning i fysisk aktivitet |  |  |
| Har du hatt **allergisk reaksjon** på denne vaksinen eller innholdsstoffene tidligere? |  |  |
| Har du tidligere hatt alvorlig (livstruende) **allergisk reaksjon** på andre vaksiner, mat, medisiner eller annet? |  |  |
| Har du **økt blødningstendens**? |  |  |
| Har du **kraftig redusert immunforsvar**? |  |  |
| Er du gravid? |  |  |

Fylles inn av vaksinatør dersom vaksinasjonen ikke umiddelbart dokumenteres i EPJ/SYSVAK:

|  |  |
| --- | --- |
| Dato og klokkeslett |  |
| Preparat-/ vaksinenavn: |  |
| Batch/Lotnummer: |  |
| Årsak til vaksinering: 1. Prioriteringsgruppe 2. Helsepersonell 3. Annet |  |
| Navn (blokkbokstaver) vaksinatør: |  |

Informasjon om tilrettelegging for vaksinasjon:

Mastcellesykdom eller ukontrollert astma: Kontakt lege for individuell vurdering dersom du har en mastcellesykdom. Dersom du har svart JA på ett eller begge spørsmålene om astma, kan det tyde på at du har en ukontrollert astma. Du bør kontakte lege for en vurdering av hvordan du bør følges opp før og under vaksinering.

Tidligere allergisk reaksjon på influensavaksine eller alvorlig allergisk reaksjon på andre vaksiner, mat, medisiner eller annet: Kontakt lege for individuell vurdering. Dersom lege anbefaler vaksine kan det være behov for økt beredskap for å håndtere eventuelle allergiske reaksjoner, samt forlenget observasjonstid etter vaksinasjon.

Økt blødningstendens: Dersom du bruker blodfortynnende medisiner kan du vaksineres som normalt. Hvis du har økt blødningstendens grunnet annen bakenforliggende sykdom bør du kontakte lege for individuell vurdering. Hvis du har blødersykdom og behandles med koagulasjonsfaktor, bør du vaksineres samme dag som siste dosering med koagulasjonsfaktor.

Kraftig redusert immunforsvar:Dersom du har alvorlig immunsvikt eller bruker medisiner som gir kraftig reduksjon av immunforsvaret grunnet for eksempel hematologisk kreft, benmargstransplantasjon eller organtransplantasjon anbefales det kortere intervall mellom dosene for enkelte vaksiner. Gjør vaksinasjonsstedet oppmerksom på at du tilhører denne gruppen, så de tilrettelegger vaksinasjonsplanen din. Hvis du er i tvil om du tilhører gruppen bør du kontakte din behandlende lege for råd*.*

Graviditet: Gravide anbefales vaksinasjon. Gravide i 1. trimester anbefales å vaksinere seg dersom de også tilhører en annen målgruppe (risikotilstand, helsepersonell osv.) Gravide i 2. og 3. trimeter anbefales å vaksinere seg før influensasesongen.