

## Hälsodeklaration / Frågeformulär inför covid-19 vaccination

اظهار نامه/ پرسشنامه قبل از واکسیناسیون کووید-

192022-02-14

Namn

اسم

Personnummer

شماره شناسائی

### Inför din vaccination ber vi dig svara på följande frågor

ما از شما خواهش میکنیم که قبل از واکسین به این سوالات جواب دهید

1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu? ☐ Ja / بلی ☐ Nej / نخیر

۱. آیا تب و/یا کدام عفونت عجل دارید؟

2. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård?

☐ Ja / بلی ☐ Nej / نخیر

۲. آیا شما کدام وقت در مقابل واکسین دچار عکس العمل شدید شده اید که به علت آن نیاز به مراقبت صحی پیدا کرده باشید؟

3. Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin?

☐ Ja / بلی ☐ Nej / نخیر

۳. آیا به دلیل مریضی یا دوا گرایش خونریزی شما زیاد میشود؟

4. Är du gravid?

☐ Ja / بلی ☐ Nej / نخیر

۴. آیا شما باردار هستید؟

5. Har du ett nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller medicin?

☐ Ja / بلی ☐ Ne / نخیر

۵. آیا قوه مدافعه شما به علت مریضی یا دوا ضعیف شده است؟

6. Har du vaccinerat dig någon gång under dom senaste 7 dagarna?

☐ Ja / بلی ☐ Nej / نخیر

۶. آیا شما در 7 روز اخیر واکسین شده اید؟

☐ Ja / بلی ☐ Nej / نخیر

7. Idag vill jag ta: dos 1 ☐ dos 2 ☐ dos 3 ☐ dos 4 ☐ dos 5 ☐

Förra vaccindosen tog jag; år \_\_\_\_\_ månad \_\_\_\_\_ dag \_\_\_\_\_

۸. من میخواهم که امروز: دوز اول ☐ دوز دوم ☐ دوز سوم ☐ دوز چهارم ☐ دوز پنجم ☐ بگیرم.

من دوز اخیر واکسین را در سال \_\_\_\_\_ ماه \_\_\_\_\_ روز \_\_\_\_\_ گرفته بودم.

#### Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen

|   |  |  |                              |
|---|--|--|------------------------------|
| <b>Indikation för covid-19 vaccination</b>  |  | Ja <input type="checkbox"/>  | Nej <input type="checkbox"/> |
| Vaccinationsdatum:  | Planerat datum för dos 2:                  |  |                              |
| Covid- 19 vaccin namn   | Dos 1 <input type="checkbox"/>             | Dos 2 <input type="checkbox"/>   |                              |
| Administreringssätt:<br><b>Hö arm</b> <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> <b>Vä arm</b> <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> |  |  |                              |
| Batch-/lotnummer:   | Ev. annan lokalisation för administrering: |  |                              |
| Ev. kommentar:  |  |  |                              |
|   |  | Vaccinationen införd i journal/vaccinregister <input type="checkbox"/> |                              |

Ordinatörens namn: \_\_\_\_\_

Vaccinatörens namn: \_\_\_\_\_ Signatur: \_\_\_\_\_