

Samtykkeerklæring – Influensavaksine

- ☐ Jeg har ikke eggallergi og har ikke hatt allergisk reaksjon på vaksiner tidligere.
- ☐ Jeg har ikke kjent allergi mot gentamycin.
- ☐ Jeg har ikke vært i nærkontakt med noen med påvist Covid-19, innen de siste 10 dagene.
- ☐ Jeg har ingen luftveis- eller magesymptomer. Har jeg andre symptomer forhører jeg med helsepersonell før vaksinerings.
- ☐ Jeg har ingen akutte infeksjoner eller feber på tidspunkt for vaksinerings.
- ☐ Jeg vil informere helsepersonellet som setter vaksinen, hvis jeg har en blødertilstand.
- ☐ Jeg er innforstått med at influensavaksinen, som alle legemidler, kan forårsake bivirkninger. De vanligste bivirkningene er hodepine, muskelømheter og uvelhet.
- ☐ Jeg vil bli sittende i nærheten i 20 minutter etter at vaksinen er satt. Jeg kontakter helsepersonell ved tegn på allergisk reaksjon, bivirkninger, tegn på infeksjon, eller hvis jeg skulle bli dårlig det neste døgnet.

Personopplysninger:

Denne informasjonen brukes for å registrere vaksinen i statens SYSVAK-database.

Navn:

Fødselsnummer (11 sifre):

Dato:

Telefonnummer:

Dato, Signatur