

استبيان: التطعيم ضد التهابات المكورات الرئوية Frågeformulär vaccination mot Pneumokocker

Patientuppgifter:

Namn

Personnummer

بيانات عن المريض:

الاسم

الرقم الشخصي

قبل التطعيم ضد المكورات الرئوية، نطلب منك الإجابة عن الأسئلة التالية:

Inför din vaccination mot Pneumokocker ber vi dig svara på följande frågor:

1. هل تعاني حاليًا الحمى و/أو أي نوع من أنواع العدوى الحادة؟
 لا نعم
 Nej Ja
1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu?
2. هل واجهت أي مشكلات مع اللقاحات السابقة؟
 لا نعم
 Nej Ja
2. Har du haft några problem vid tidigare vaccinationer?
3. هل تتناول أي أدوية لتخفيف الدم؛ مثل: Waran أو Fragmin أو Pradaxa أو Xarelto أو Eliquis على أساس منتظم؟ (لا يسري ذلك على Trombyl)
 لا نعم
 Nej Ja
3. Tar du blodförtunnande medicin, t.ex. Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis regelbundet?(gäller ej Trombyl)
4. هل سبق أن تلقيت أي لقاحات سابقة ضد التهابات المكورات الرئوية؟
 لا نعم
 Nej Ja
4. Har du fått vaccination mot Pneumokocker tidigare?
- ما هي السنة التي تلقيت فيها التطعيم الأخير ضد التهابات المكورات الرئوية سابقًا؟-----
 - ما هو اللقاح الذي حصلت عليه؟-----
5. هل تنتمي إلى أي مجموعة من المجموعات المعرضة للمخاطر الطبية؟ على سبيل المثال:
 5. Tillhör du någon medicinsk riskgrupp, exempelvis:
- * العمر 65 أو أكبر
 - * Ålder 65 år och äldre
 - * فقدان الطحال أو الطحال لا يعمل بكفاءة
 - * Avsaknad mjälte eller icke fungerande mjälte
 - * كسر الجمجمة أو تسرب السائل النخاعي
 - * Skallfraktur eller likvorläckage
 - * انخفاض فعالية الرئة أو ضعف قوة السعال مع ركود الإفراز،
 مثلًا بعض الأمراض العصبية المزمنة والتليف الكيسي أو السمنة المفرطة.
 - * Nedsatt lungfunktion eller försämrad hostkraft med Sekretstagnation, t.ex. viss neurologiska sjukdomar, Cystisk fibros eller extrem fetma.
 - * Cochlea implantat inopererat för förbättrad hörsel
 - * زراعة قوقعة الأذن لتحسين السمع
 - * داء السكري
 - * Diabetes
 - * ضعف نظام المناعة بسبب المرض أو العلاج الذي تتلقاه
 (مثل علاج فيروس نقص المناعة البشرية أو علاج سرطان الغدد الليمفاوية أو العلاج الكيميائي)
 - * Nedsatt immunförsvar p.g.a. sjukdom eller medicinering
 (exempelvis HIV, Lymfom och cellgiftbehandling)

- * الإدمان على الخمر أو المخدرات
* Alkohol och drogmissbruk
- * مدخن
* Rökare
- * عامل لحام معرض لغازات سامة
* Svetsare utsatta för toxisk rök

6. هل انت حامل؟ يجب ألا تعطى النساء الحوامل لقاحات المكورات الرئوية!

6. Är du gravid? Gravid ska inte pneumokockvaccineras!

لا نعم

Nej Ja

تعالج منطقة يافلورغ بياناتك الشخصية وفقاً للوائح المعمول بها حالياً.

Region Gävleborg behandlar dina personuppgifter enligt gällande regelverk.

سيتم حذف الاستبيان بمجرد اكتمال التسجيل.

Frågeformuläret raderas när registreringen är utförd.

يجب ملء القسم أدناه عبر عيادة التطعيم في حالة تحديد التطعيم

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen om vaccination bedöms indicerat.

Vaccinationsdatum:	Ordinatörens namn:
Pneumovax <input type="checkbox"/>	Administreringsätt: Hö arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> Vä arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/>
Batch-/lotnummer:	Ev. annan lokalisation för administrering:
Ev. kommentar:	
Vaccinationen registrerad i Svevac <input type="checkbox"/>	

Vaccinatörens namn: Signatur: