

Egenerklæringsskjema til deg som er tilbudt influensavaksine.

Vaxigriptetra: Inaktivert influensavaksine kan gis fra 6 måneder. Eneste alternative influensavaksine for aldersgruppen 18-50 år. Les mer: [Influensavaksine - FHI](#)

Fluad Tetra: Adjuvantert firevalent inaktivert influensavaksine i program til særlig pleietrengende eldre over 50 år [Forsterket influensavaksine til særlig pleietrengende personer - FHI](#). Se egen anbefaling for barn: [Influensavaksine til barn - FHI](#)
[Samtykkeskjema influensavaksinerings av barn og ungdom under 16 år - FHI](#)

Etternavn, fornavn:		
Fødselsnummer:		
	JA	Nei
Har du tidligere fått influensavaksine?		
Har du hatt en akutt sykdom eller feber over 38 °C de siste 48 timene?		
Har du noen gang hatt en alvorlig allergisk reaksjon på vaksiner eller på noe av dette: Kryss av på det du evt har allergi mot: • Egg • Antibiotika • Gelatin • Annet/spesifiser:		
Har du noen gang hatt Guillain-Barré syndrom eller oculo-respiratorisk syndrom?		
Har du svekket immunforsvar på grunn av medisiner, sykdom eller andre forhold? Hvis ja spesifiser: Vaksinasjon ved sykdom: Vaksinasjonshåndboka - FHI		
Er du gravid? Inaktivert influensavaksine anbefales til alle gravide i 2. og 3. trimester		

Jeg bekrefter at opplysningene gitt i dette skjemaet er korrekte og fullstendige etter beste evne. Jeg forstår formålet med influensavaksinen og eventuelle risikoer forbundet med vaksinasjon. Jeg gir mitt samtykke til å motta influensavaksinen.

Dato og klokkeslett:	
Preparat-/ vaksinenavn:	
Batch/Lotnummer:	
Navn (blokkbokstaver) vaksinatør	

Dato: _____ Signatur: _____

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