

## Questionnaire: Vaccination against pneumococcal infections

*Frågeformulär vaccination mot pneumokocker*

Patient details:

*Patientuppgifter:*

Name

Personal identity number

*Namn**Personnummer*

Before your pneumococcal vaccination, we ask that you answer the following questions:

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

1. Do you currently have a fever, and/or any type of acute infection? Yes  No   
*Har du feber och/eller någon akut infektion nu? Ja  Nej*
2. Have you experienced any problems with previous vaccinations? Yes  No   
*Har du haft några problem vid tidigare vaccinationer? Ja  Nej*
3. Do you take any blood thinning medications, such as Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto or Eliquis, on a regular basis? (does not apply to Trombyl) Yes  No   
*Tar du blodförtunnande medicin, t.ex. Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis regelbundet?(gäller ej Trombyl) Ja  Nej*
4. Have you had any previous vaccinations against pneumococcal infections? Yes  No   
*Har du fått vaccination mot Pneumokocker tidigare? Ja  Nej* 
  - What year did you have your last vaccination against pneumococcal infections?  
\_\_\_\_\_
  - *Vilket år fick du vaccin mot Pneumokocker förut? \_\_\_\_\_*
5. Do you belong to any medical risk groups? E.g: Yes  No   
*Tillhör du någon medicinsk riskgrupp, exempelvis: Ja  Nej* 
  - Aged 65 or older  
*Ålder 65 år och äldre*
  - Missing spleen or non-functioning spleen  
*Avsaknad mjälte eller icke fungerande mjälte*
  - Skull fracture or cerebrospinal fluid leakage  
*Skallfraktur eller likvorläckage*
  - Chronic heart-, lung- or kidney disease  
*Kronisk hjärt-, lung- eller njursjukdom*
  - Reduced lung function or reduction in coughing and stagnation of pulmonary secretions, including certain chronic neurological disorders, cystic fibrosis or obesity  
*Nedsatt lungfunktion eller försämrad hostkraft med sekretstagnation, t.ex. vissa kroniska neurologiska sjukdomar, cystisk fibros eller extrem fetma*
  - Cochlear implant for improved hearing  
*Cochlea implantat inopererat för förbättrad hörsel*
  - Diabetes mellitus  
*Diabetes mellitus*

- Weakened immune system due to illness or treatment (e.g. stem cell or bone marrow transplant, cancer/chemotherapy, or treatment with TNF-ALFA inhibitors).  
*Nedsatt immunförsvar p.g.a. sjukdom eller medicinering (stamcells- eller benmärgstransplantation, cancer/cytostatikabehandling eller behandling med TNF-ALFA-hämmare*
- Alcoholism or drug abuse  
*Alkohol eller drogmissbruk*
- Smokers  
*Rökare*
- Welders exposed to toxic fumes  
*Svetsare utsatta för toxisk rök*

6. Are you pregnant? Pregnant women must not be given pneumococcal vaccinations!

Yes  No

Är du gravid? Gravid ska inte pneumokockvaccineras!

Ja  Nej

The Gävleborg Region processes your personal data in accordance with the regulations that are currently in force.

*Region Gävleborg behandlar dina personuppgifter enligt gällande regelverk*

The questionnaire will be deleted once registration is complete.

*Frågeformuläret raderas när registreringen är utförd.*

**The section below is to be filled in by the vaccination clinic if the vaccination is determined to be indicated.**

***Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen om vaccination bedöms indicerat.***

|   |   |
|---|---|
| Vaccinationsdatum:  | Ordinatörens namn:  |
| Pneumovax <input type="checkbox"/>                          | Administreringsätt:<br>Hö arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/><br>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: \_\_\_\_\_