

Baaqa caafimaadka Covid iyo tallaalka hargabka

XOGTA SHAQSIGA AH

Magaca koowaad Magaca saddexaad Lambarka diwaangalinta qaranka 10 god (XXXXXX-XXXX)

Waxaa la buuxinaya adiga oo qofka la tallaalayo ah

- | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Ma qabtaa qandho iyo/ama caabuq soo boodo ah?
<i>Har du feber och/eller någon akut infektion nu?</i> | Haa <input type="checkbox"/> | Maya <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 2. Ma ku xanuunsatay tallaalka kadib markaad qaadatay iyo ma u baahnayd daryeel cusbitaal?
<i>Har du drabbats av sjukdomstillstånd efter vaccination och behövt sjukhusvård?</i> | Haa <input type="checkbox"/> | Maya <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 3. Ma la ildarnayd xanuun xasaasiyad kadib markaad qaadatay tallaalka iyo ma u baahnayd daryeel cusbitaal?
<i>Har du någon gång drabbats av en allergisk reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård?</i> | Haa <input type="checkbox"/> | Maya <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 4. Ma leedahay dhiigbax badan oo uu sababay xanuun ama daawo darteed
<i>Har du ökad blödningsbenägenhet p g a sjukdom eller medicin?</i> | Haa <input type="checkbox"/> | Maya <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 5. Uur ma leedahay?
<i>Är du gravid?</i> | Haa <input type="checkbox"/> | Maya <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 6. Ma lagu tallaalay wakhti kasta 7dii maalmood ee la soo dhaafay?
<i>Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna?</i> | Haa <input type="checkbox"/> | Maya <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 7. Miyaad ka yar tahay da'da 65 oo aad ka tirsan tahay koox halis ah, tusaale ahaan, sonkorowga, wadnaha ama?
<i>Är du under 65 år och tillhör någon riskgrupp, t ex diabetes, hjärt- eller lungsjukdom, nedsatt immunförsvar, njur- eller leversvikt?</i> | Haa <input type="checkbox"/> | Maya <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 8. Beedka xasaasiyad makuqabtaa?
<i>Är du allergisk mot ägg?</i> | Haa <input type="checkbox"/> | Maya <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 9. Ma waxaad xidhiidh la samaysay qof qoyska ka tirsan oo habdhiska difaaciisu aad u hooseeyo?
<i>Är du hushållskontakt till person med kraftigt nedsatt immunförsvar?</i> | Haa <input type="checkbox"/> | Maya <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 10. Ma waxaad tahay xubin shaqaale caafimaad ama daryeele caafimaad?
<i>Är du personal inom Hälso- och sjukvård?</i> | Haa <input type="checkbox"/> | Maya <input type="checkbox"/> |
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Utförande mottagning/enhet:	Vaccinationsdatum:
Ordinerat vaccin och dos <input type="checkbox"/> Comirnaty XBB 1.5 - 0,3 ml <input type="checkbox"/> Nuvaxovid 5 mkg - 0,5 ml <input type="checkbox"/> Vaxigrip Tetra 0,5 ml <input type="checkbox"/> Fluad Tetra 15 mkg	Endast covid: <input type="checkbox"/> Dos 1 <input type="checkbox"/> Dos 2 <input type="checkbox"/> Dos 3 <input type="checkbox"/> Dos 4 <input type="checkbox"/> Dos 5 <input type="checkbox"/> Dos 6 <input type="checkbox"/> Dos 7 <input type="checkbox"/> Dos 8 <input type="checkbox"/> Dos 9
	Administrerung intramuskulärt: Covid: Vänster arm <input type="checkbox"/> Höger arm <input type="checkbox"/> Influensa: Vänster arm <input type="checkbox"/> Höger arm <input type="checkbox"/>
	Covid; Batch-/lotnummer (klistra etiketten här) Influensa; Batch-/lotnummer (klistra etiketten här)

Ordinatörens namn (texta tydligt)

Signatur

Vaccinatörens namn (texta tydligt)

Signatur