

# Influensavaksine 2024

## Kontrollskjema for ANSATTE i Oslo Sykehuservice

Fylles ut av den som blir vaksinert

Navn (fornavn, etternavn): .....

Fødselsnr./personnr.:

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

**Allergier:**

	Ja	Nei	Vet ikke
Egg/hønsprotein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aminoglykosider (intravenøst antibiotikum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeg har ikke reagert på influensavaksine tidligere

Jeg har ikke en akutt infeksjon med feber over 38°C

**Vaksinen blir registrert av vaksinator/medhjelper i Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK**

### Avdeling i Oslo sykehuservice

Stab , OSS	<input type="checkbox"/>
Avd. for kjøkken	<input type="checkbox"/>
Avd. for utdanning og kompetanseutvikling	<input type="checkbox"/>
Eiendomsavdelingen	<input type="checkbox"/>
Innkjøp og logistikkavdelingen	<input type="checkbox"/>
Juridisk avdeling	<input type="checkbox"/>
Kommunikasjonsavdelingen	<input type="checkbox"/>
OSS SN midler som forvaltes sentralt	<input type="checkbox"/>
Renholdsavdelingen	<input type="checkbox"/>
Videreutdanning i sykepleie	<input type="checkbox"/>
VO Adm. fellesfunksjoner	<input type="checkbox"/>
VO Arbeidsmiljø	<input type="checkbox"/>
VO forskningssøtte	<input type="checkbox"/>
Avd. for smittevern	<input type="checkbox"/>
Annen klinikk enn Oslo sykehuservice	<input type="checkbox"/>

Fylles ut av den som setter vaksinen:

Vaksinator: .....  
HPR-nummer NAVN I BLOKKBOKSTAVER

Lot nr. : .....

Dato:

Sign:

Send skjemaet til: Arbeidsmiljøavdelingen, Bedriftshelsetjenesten  
Forskningsveien 2B 3.etg. Rom nr. C.3056.