



Uppgifter om den vaccinerade	Den vaccinerades efternamn		Den vaccinerades förnamn		Personbeteckning			
	Kön <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	Gravid <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Uppgift saknas				Antal graviditetsveckor vid tidpunkten för vaccinering, t.ex. 36+2.	
Vaccinationstid och -plats	Tidpunkt för vaccinationen kl. _____ dag _____ månad _____ år		Vaccinationsplatsens namn och adress (om annan än anmälarens)					
Pandemi-vaccin och andra vacciner som getts vid ovan nämnda tidpunkt	Vaccin	Handelsnamn	Satsnummer	Vaccinations-sätt im, sc, id, po	Injektionsställe tex. vänster lår	Vilken dos i ordningen		
	A	A(H1N1)v -pandemvaccin						
	B							
	C							
Symtom eller fynd efter vaccinationen	1 Feber, som högst: _____ ° C, (vid feber som enda symtom rapporteras endast feber över 40 °C)		9 Bells pares (ansiktsnervsförlamning)					
	2 Kraftig rodnad, svullnad, värme eller smärta på injektionsstället (om utbredningen sträcker sig över närmaste led)		10 Neurit (nervinflammation)					
	Vaccin <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Utbredning _____		11 Guillain-Barrés syndrom (akut nervrotsinflammation)					
	3 Stort nässelutslag på kroppen, plats _____		12 Demyeliniserande sjukdom					
	4 Svullnad eller pipande ljud i luftvägarna, plats _____		13 Död, dödsorsak(er) _____					
	5 Anafylaxi		14 Något annat, vad? a) _____					
	6 Krampanfall (konvulsion)		b) _____					
	7 Encefalit eller meningit (hjärninflammation eller hjärnhinneinflammation)		c) _____					
	8 Vaskulit (blodkärlsinflammation)							
Symtomens början och varaktighet	Symtom Nr	Symtomet började kl. _____ dag _____ månad _____ år				Tid mellan vaccination och symtom	Hur länge varade symtomet?	Symtomet fortgår
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
Behandling	Har fått läkarvård från och med: dag _____ månad _____ år			Vårdinrättningens namn		Telefon		
						Fax		
Obs!	Bifoga epikris eller journalhandlingar som hänför sig till läkarbesöket							
Tilläggs-information	1. Ge vid behov en kort beskrivning av symtom, fynd och behandling. 2. Konstaterade sjukdomar, allergier och överkänslighet. 3. Övriga sjukdomar och tillstånd som kan ha samband med symtomen och fynden. 4. Tidigare biverkningar i samband med vaccinationer.							
Tillåtelse	Jag tillåter att denna anmälan görs och ger Institutet för hälsa och välfärd tillåtelse att inbegära tilläggsuppgifter av anmälaren eller vårdenheten. Ort och datum _____			Underskrift av den vaccinerade eller dennes vårdnadshavare _____				
Anmälare, hälsovårds-personal	Underskrift		Verksamhetsställe					
	Namnförtydligande		Postadress					
	<input type="checkbox"/> Hälsovårdare <input type="checkbox"/> Sjukskötare <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Annan		Telefon och telefontid					
	Datum (dag månad år)	Ringt till THL <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Talat med:	E-postadress				
THL fyller i	Blanketten inkommit	Tilläggsuppgifter begärda <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Tilläggsuppgifter erhållna	Klassificering	Läkemedelsverket	Anmälan behandlad		

ANVISNING FÖR IFYLLANDE AV BLANKETTEN OM MISSTÄNKT BIVERKNING AV VACCINERING MOT INFLUENZA A(H1N1)v

Enligt lagen om smittsamma sjukdomar är yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården skyldiga att anmäla alla konstaterade eller misstänkta vaccinbiverkningar som de får kännedom om till Institutet för hälsa och välfärd (THL).

Använd denna blankett, om du misstänker att ett pandemivaccin (ett vaccin mot den nya influensan A(H1N1)v) eller ett annat vaccin som getts samtidigt med detta vaccin har gett upphov till en biverkan.

I denna blankett för anmälan av misstänkta biverkningar av vaccinering mot influensa A(H1N1)v har man beaktat Europeiska läkemedelsmyndigheten EMEA:s rekommendationer om symtom och fynd som bör rapporteras aktivt. Till dessa hör bl.a. anafylaxi, kramper, encefalit, Bells pares, neurit, Guillain-Barrés syndrom, demyeliniserande sjukdom och vaskulit.

Gör en anmälan, om du misstänker att det har inträffat en sådan vaccinationsbiverkan som anges i blanketten eller någon annan ogynnsam händelse av motsvarande allvarlighetsgrad. Det är speciellt viktigt att rapportera alla misstänkta fall av allvarliga ogynnsamma händelser av oväntat slag, liksom händelser med livshotande förlopp eller dödlig utgång.

De uppgifter om ogynnsamma händelser i samband med vaccinationer som anmäls av yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården införs i Institutet för hälsa och välfärds (THL:s) register över vaccinationsbiverkningar. Inlämning av uppgifter till vaccinationsbiverkningsregistret förutsätter tillåtelse av den vaccinerade eller dennes vårdnadshavare.

Du kan fylla i blanketten på datorskärmen och skriva ut en papperskopia som du skickar till THL. Du kan också skriva ut en tom blankett och fylla i den för hand. Anmälaren bör behålla en kopia av den ifyllda blanketten.

Anmälan bör sändas in utan dröjsmål, speciellt i sådana fall där man misstänker att det rör sig om en allvarlig eller oväntad biverkning. THL tar kontakt med anmälaren, om det behövs ytterligare uppgifter om biverkningen.

Om du misstänker att det rör sig om en ogynnsam händelse av ovanligt eller icke-typiskt slag, bör du ta kontakt med rådgivningen för det allmänna vaccinationsprogrammet, tfn 020 610 6060, vardagar kl. 10-12.

För ytterligare information se THL:s webbplats www.thl.fi
<http://www.ktl.fi/portal/16820>.

Punkten ”Uppgifter om den vaccinerade”

Om den vaccinerade eller vårdnadshavaren inte vill uppge namn eller personbeteckning, anger du bara den vaccinerades initialer och födelsedatum.

På blanketten bör även anges om den vaccinerade var gravid vid tidpunkten för vaccineringen och hur långt framskriden graviditeten var när pandemivaccinet gavs.

Punkten ”Pandemivaccin och andra vacciner som getts vid ovan nämnda tidpunkt”

Vaccinbeteckningen A(H1N1)v finns färdigt tryckt på blanketten. Fyll i pandemivaccinets handelsnamn, satsnummer och övriga uppgifter om vaccinationen. Fyll också i motsvarande uppgifter om eventuella andra vacciner som getts vid samma tidpunkt.

Punkterna ”Symtom eller fynd efter vaccinationen” och ”Symtomens början och varaktighet”

Ange symtomen med hjälp av de nummerbeteckningar som finns på blanketten (t.ex. nummer 6 för krampanfall). Ange för varje symtom så noggrant som möjligt hur lång tid efter vaccinationen symtomet började. Ange tiden i timmar, om symtomet började inom ett dygn efter vaccinationen.

Punkten ”Behandling”

Bifoga epikris- och journaluppgifter om alla läkarbesök och vårdperioder som hänför sig till denna anmälan. THL kan begära in nödvändiga patientuppgifter endast om blanketten har undertecknats av den vaccinerade eller dennes vårdnadshavare.

Punkten ”Tillåtelse”

För att en biverkningsanmälan ska kunna behandlas och registreras är det viktigt att blanketten innehåller alla nödvändiga uppgifter och underskrifter. Vid bedömningen av den ogynnsamma händelsen kan det behövas ytterligare uppgifter. För att få tillgång till den vaccinerades journalhandlingar måste man ha tillåtelse av den vaccinerade eller dennes vårdnadshavare.

Skicka denna anmälan till:
Institutet för hälsa och välfärd (THL)
ROHY/Biverkningsregistret
PB 30
00271 HELSINGFORS