

Manuell registrering av vaccination i CTS (för vaccinatör)

Patient	Förnamn	
	Efternamn	
	Personnummer	
	Mobilnummer	
	BankID (ringa in svar)	Ja/Nej
	Samtycke (ringa in svar)	Ja/Nej
	Region	
	Vaccinationsmottagning	

Vaccination	Vaccination datum	
	Vaccination tid	
	Nurse (för- och efternamn)	
	Vaccine batch no	
	Vaccine	Gardasil 9
	Dose	0.5 ml
	Administration	Intramuskulär
	Location (ringa in svar)	Vänster arm / Höger arm
	Sampling (ringa in svar)	Självprovtagningsskit/På plats

TEXTA tydligt.

Skicka in formuläret veckovis tillsammans med hälsodeklaration och/eller samtycke till:

Department of Laboratory Medicine
Sara Arroyo Mühr
F56 Karolinska University Hospital Huddinge
141 86 Huddinge, Sweden