

Hälsodeklaration inför vaccination

Gäller vacciner mot: Covid-19, influensa, TBE, Pneumokocker, Stelkramp-difteri-kikhosta, Hepatit A+B, MPR

Namn:	Telefon:
-------	----------

Personnummer:	Rensa
---------------	--------------

Frågor till dig som ska vaccineras	OBS! Fråga 1-8 är obligatorisk, måste fyllas i.
---	--

1. Har du vaccinerat dig under den senaste månaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Om ja, vilket vaccin? När?
--

2. Har du ökad blödningsbenägenhet pga sjukdom eller medicin? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Om ja, vilken sjukdom alternativt medicin?
--

3. Tar du medicin som nedsätter immunförsvaret (kortison-tabletter, tumörbehandling eller annan immunhämmande behandling)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej

4. Har du tidigare fått någon kraftig reaktion i samband med att du blivit vaccinerad? (som yrsel, svimning, andnöd eller utslag) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
--

5. Har du allergi som gett dig så kraftig reaktion att du behövt sjukhusvård? Om ja, kommentar: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej

6. Är du allergisk mot ägg? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
--

7. Är du allergisk mot något läkemedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Om ja, vilket/vilka läkemedel?
--

8. Har du någon annan allvarlig allergi? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Om ja, vilken allergi?

9. Är du eller försöker du bli gravid (inom en 2-månadersperiod)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken vecka?
--

10. Är du personal inom Hälso- och sjukvård och har patientkontakt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--

--

--

--

--

--

Hälsodeklarationen är ifylld av vårdnadshavare	
Namnunderskrift	Datum

För vaccinerande enhet

Ordinatör:
Ordinationsdatum:
Vaccinatör:
Vaccinationsdatum:
Vaccin:
Dosnummer:
Batch-/lotnummer:
Lokalisation <input type="checkbox"/> Hö arm <input type="checkbox"/> Vä arm <input type="checkbox"/> Annat:.....

Ordinatör:
Ordinationsdatum:
Vaccinatör:
Vaccinationsdatum:
Vaccin:
Dosnummer:
Batch-/lotnummer:
Lokalisation: <input type="checkbox"/> Hö arm <input type="checkbox"/> Vä arm <input type="checkbox"/> Annat:.....

Ordinatör:
Ordinationsdatum:
Vaccinatör:
Vaccinationsdatum:
Vaccin:
Dosnummer:
Batch-/lotnummer:
Lokalisation: <input type="checkbox"/> Hö arm <input type="checkbox"/> Vä arm <input type="checkbox"/> Annat:.....