

Hälsodeklaration vid vaccination

Fylls i av patient:

Namn	Personnummer
------	--------------

- Har du någon gång fått en kraftig allergisk reaktion och behövt sjukhusvård?
Till exempel mot ett födoämne, läkemedel eller vaccination?? Ja ☐ Nej ☐
- Har du nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller medicin? Ja ☐ Nej ☐
- Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin? Ja ☐ Nej ☐
- Har du en pågående infektion med feber? Ja ☐ Nej ☐
- Är du gravid? Om ja, i vilken vecka: Ja ☐ Nej ☐
- Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste fyra veckorna? Ja ☐ Nej ☐

Underskrift – lämna ifylld hälsodeklaration till din vaccinatör

Vuxna

.....
Datum Underskrift av den som ska vaccineras

Barn under 18 år

Jag samtycker till att mitt barn vaccineras mot: _____

..... Vårdnadshavares underskrift	 Vårdnadshavares underskrift
..... Namnförtydligande	 Namnförtydligande
..... Ort, datum	 Ort, datum

Fylls i av vårdpersonal:

OBS! Försiktighet vid vaccination med levande försvagade vaccin till personer med nedsatt immunförsvar, individuell läkarbedömning behövs.

Levande försvagade vaccin är exempelvis vaccin mot mässling, påssjuka, röda hund, vattkoppor, tuberkulos, gula febern, denguefeber och per orala vaccin mot tyfoidfeber och kolera.

Influensavaccin Influvac [®] , 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Influensavaccin Fluad [®] , 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Covidvaccin Comirnaty [®] , 0,3 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Pneumokockvaccin Prevenar 20 [®] , 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Kikhostevaccin Triaxis [®] , 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Gardasil 9 [®] , 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Pneumokockvaccin Capvaxive [®] , 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Vaccin:	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Vaccin:	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Vaccin:	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Vaccin ordinerad av:			
Vaccin givet av:			