

Hälsodeklaration vid vaccination

Fylls i av patient:

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

- Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination som du har behövt sjukhusvård för? Ja Nej

Om ja, av vilket vaccin och vilken reaktion: _____

- Har du annan allergi som någon gång gett dig en kraftig reaktion som du har behövt sjukhusvård för? Ja Nej

Om ja, av vad och vilken reaktion: _____

- Är du allergisk mot ägg? Ja Nej

- Har du ökad blödningsbenägenhet av sjukdom eller medicin? Ja Nej

Om ja, vilken: _____

- Har du pågående infektion med feber? Ja Nej

- Är du gravid? Ja Nej

Om ja, vecka: _____

- Har du fått ett annat vaccin de senaste 7 dagarna? Ja Nej

Om ja vilket: _____

Övriga upplysningar

Svara om det är covid, influensa eller pneumokockvaccin du skall få.

- Tidigare vaccinerad mot influensa? Ja År?..... Nej
 Ej aktuellt

- Tidigare vaccinerad mot pneumokockinfektioner (bakterier som kan orsaka bl a lunginflammation) Ja År?..... Nej
 Ej aktuellt

- Tidigare vaccinerad mot Covid19? Ja Nej
 Ej aktuellt

Om ja antal doser: _____

.....
Datum

.....
Namnteckning

Fylls i av vårdpersonal:

Influensavaccin FluAD Tetra® 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Influensavaccin Vaxigrip Tetra® 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Pneumokockvaccin Pneumovax® 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Kikhostevaccin Boostrix® 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Kikhostevaccin Triaxis® 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Covidvaccin Comirnaty® 0,3ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Nuxaxovid® 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Vaccin:	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Vaccin:	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Ordinatör:			
Vaccinatör:			