

Hälsodeklaration vid vaccination

Fylls i av patient:

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

▪ Har du haft en allvarlig allergisk reaktion mot något som du har behövt sjukhusvård för? Ja ☐ Nej ☐

Om du svarat ja, av vad och vilken reaktion? _____

▪ Är du allergisk mot ägg? Ja ☐ Nej ☐

▪ Har du sänkt immunförsvar på grund av sjukdom eller medicinering? Ja ☐ Nej ☐

▪ Har du ökad blödningsbenägenhet? Ja ☐ Nej ☐

Om du svarat ja, beskriv mer? _____

▪ Har du en pågående infektion med feber? Ja ☐ Nej ☐

▪ Är du gravid? Ja ☐ Nej ☐

Om ja, i vilken vecka? _____

Extra fråga till dig som är 65 år och äldre eller tillhör någon riskgrupp (ej gravida)

▪ Har du vaccinerats mot pneumokocker tidigare? (bakterier som kan ge lunginflammation) Ja ☐ Nej ☐

Om du svarat ja, vilket år? _____

.....
Datum

.....
Namnteckning

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 Vaxigrip® 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 Pneumovax® 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Kikhostevaccin Triaxis® 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:			