

Hälsodeklaration för vaccination mot covid-19, säsongsinfluensa eller pneumokock

Fylls i av dig som ska vaccineras eller är vårdnadshavare

Tänk på att du ska vara frisk, utan feber eller infektion när du ska vaccinera dig.

Personuppgifter

Namn	Personnummer (12 siffror)
Underskrift av dig som vaccineras, vårdnadshavare eller motsvarande	

Besvara frågor om dig

<p>1. Har du reagerat med svår allergisk reaktion av något födoämne (för säsongsinfluensa specifikt ägg), insektsstick, latex, vaccin eller annat läkemedel? Med svår allergisk reaktion menas att det krävts övervakning och behandling på sjukhus eller hälsocentral (om personen inte själv kan svara – finns allergi dokumenterat i journal?)</p> <p>Ja Nej</p>
<p>2. Är du gravid?</p> <p>Ja Nej</p>
<p>3. Har du blödarsjuka eller annan ökad blödningsbenägenhet?</p> <p>Ja Nej</p>
<p>4. Behandlas du med blodförtunnande läkemedel?</p> <p>Ja Nej</p>
<p>5. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna?</p> <p>Ja Nej</p>

Information till dig som vaccinerar

Om NEJ på samtliga frågor – ge vaccinet. Ordinationsrätt enligt rutin för respektive vaccin.

Om JA på fråga 1: Se allergiavsnitt i respektive vaccintrin.

Om JA på fråga 2: Se gravidavsnitt i respektive vaccintrin.

Om JA på fråga 3 eller 4: Ge vaccinet i.m, sätt kompression på insticksstället i 2 minuter och observera under 10 minuter efter injektionen.

Om JA på fråga 5: Se avsnitt gällande samvaccination i respektive vaccintrin.

Fylls i av dig som vaccinerar

Covid-19-vaccin

Namn på vaccin	Batchnummer	Vaccinationsdatum
Namn, ordinator	Namn, vaccinator	Signatur, vaccinator
Vilken dos i ordningen		
Dos 1	Dos 5	Spikevax heldos
Dos 2	Dos 6	Spikevax halvdos
Dos 3	Dos 7	
Dos 4	Dos 8	
Var tas vaccinet?		
Höger överarm		
Vänster överarm		
Annat ställe, ange var		

Säsongsinfluensa och/eller pneumokockvaccin

Namn på vaccin	Batchnummer	Vaccinationsdatum
Namn, ordinator	Namn, vaccinator	Signatur, vaccinator
Var tas vaccinet?		
Höger överarm		
Vänster överarm		
Annat ställe, ange var		