

# Hälsodeklaration för vaccination mot covid-19/säsongsinfluensa/pneumokock

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

Vaccinationsdatum:

---

Personnummer:

---

Namn:

---

**Namnunderskrift av dig som ska vaccineras/vårdnadshavare eller motsvarande**

---

Ifylls av dig som ska vaccineras/vårdnadshavare:

**JA NEJ**

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?)
2. Är du gravid?
3. Har du blödarsjuka eller annan ökad blödningsbenägenhet?
4. Behandlas du med blodförtunnande läkemedel?
5. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna?



### Information till vaccinator

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

**Om JA på fråga 1:** Se allergiavsnitt i respektive vaccinrutin.

**Om JA på fråga 2:** Se gravidavsnitt i respektive vaccinrutin.

**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:** Vaxigrip tetra + Covid-19-vaccin kan ges samtidigt för personer över 18 år.

Vaxigrip tetra + Pneumovax kan ges samtidigt.

För övriga vaccinationer/kombinationer måste minst 7 dagar passera mellan vaccinationstillfällena.

### Ifylls av vaccinator:

#### Covid-19-vaccin

Namn på vaccinet

Ordinator

Vaccinator

Vaccinationsdatum

Batchnr

Dos 1

Dos 2

Dos 3

Dos 4

Spikevax heldos

Spikevax halvdos

**Lokalisation:**

höger överarm  vänster överarm

Annat ställe

**Signatur:**

#### Säsongsinfluensa och/eller pneumokockvaccin

Namn på vaccinet/vaccinerna

Ordinator

Vaccinator

Vaccinationsdatum

Batchnr

**Lokalisation:**

höger överarm  vänster överarm

Annat ställe

**Signatur:**