

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 krävs 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 vaccintrutin.

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

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 vaccintrutin.

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 2 Dos 3 Påfyllnadsdos		
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		