

Hälsodeklaration

Vuxna för vaccination mot covid-19

Fyll i en hälsodeklaration per person

Gäller personer 18 år och äldre

Vaccinationsdatum:

Personnummer:

Namn:

Namnunderskrift av dig som ska vaccineras

Ifylls av dig som ska vaccineras:

- | | JA | NEJ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du reagerat med svår allergisk reaktion på något födoämne, 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?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Är du gravid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har du blödarsjuka eller annan ökad blödningsbenägenhet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Behandlas du med blodförtunnande läkemedel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Information till vaccinatör

Om minst ett JA på fråga 1 eller 3 avstå just nu. Läkarbedömning behövs.

Om JA på fråga 2, ge vaccinet om gravid efter v 12 och uppfyller något av följande kriterier: tillhör en riskgrupp eller hade BMI >30 vid inskrivning eller är 35 år eller äldre eller har ordination från specialistmödravården. Gravida som inte uppfyller kriterierna men önskar vaccination hänvisas till barnmorska på mödravårdscentralen för vidare information.

Om JA på fråga 4 ge vaccinet, sätt kompression på insticksstället i 2 minuter och observera under 10 minuter efter injektionen.

Om JA på fråga 5, om personen nyligen är vaccinerad ska minst 7 dagar ha passerat sedan dess för att vaccination mot covid-19 ska kunna vara aktuell.

Vem får ordinera Covid-19 vaccin?

Läkare och Specialistsjuksköterska med ordinationsrätt får ordinera till personer boende i Sverige som är 18 år och äldre.

Ifylls av vaccinatör:

Namn på vaccinet: _____

Ordinatör: _____

Vaccinationsdatum: _____

Batchnr: _____

Dos 1 Dos 2

Lokalisation:

höger överarm

vänster överarm

Annat ställe:

Vaccinerats av:

Signatur: