

Hälsodeklaration inför vaccination

Gäller vacciner mot: Covid-19, influensa, TBE, Pneumokocker, Stelkramp-difteri-kikhosta, Hepatit A+B, MPR

Namn:	Telefon:
Personnummer:	OBS! Fråga 1-8 är obligatorisk, måste fyllas i. ●=Obligatorisk för Kommunal Vård och Omsorg.
Frågor till dig som ska vaccineras	
1. Har du vaccinerat dig under den senaste månaden? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej Om ja, vilket vaccin? När?	
• 2. Har du ökad blödningsbenägenhet pga sjukdom eller medicin? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej Om ja, vilken sjukdom alternativt medicin?	
3. Tar du medicin som nedsätter immunförsvaret (kortisonpiller, tumörbehandling eller annan immunhämmande behandling) ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej	
• 4. Har du tidigare fått någon kraftig reaktion i samband med att du blivit vaccinerad? (som yrsel, svimning, andnöd eller utslag) ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej	
• 5. Har du allergi som gett dig så kraftig reaktion att du behövt sjukhusvård? Om ja, kommentar: ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej	
• 6. Är du allergisk mot ägg? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej	
7. Är du allergisk mot något läkemedel? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej Om ja, vilket/vilka läkemedel?	
8. Har du någon annan allvarlig allergi? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej Om ja, vilken allergi?	
9. Har du tidigare vaccinerat dig mot pneumokocker? ☐ Ja ☐ Nej Om ja, när?	
10. Har du tidigare vaccinerat dig mot covid-19? ☐ Ja ☐ Nej Om ja, när? Antal doser?	
11. Har du tidigare vaccinerat dig mot TBE? ☐ Ja ☐ Nej Om ja, när? Antal doser?	
12. Har du tidigare vaccinerat dig mot Hepatit B? ☐ Ja ☐ Nej Om ja, när? Antal doser?	
13. Är du eller försöker du bli gravid (inom en 2-månadersperiod)? ☐ Ja ☐ Nej Om ja, vilken vecka?	
14. Är du personal inom Hälso- och sjukvård och har patientkontakt? ☐ Ja ☐ Nej	
Hälsodeklarationen är ifylld av vårdnadshavare	
Namnunderskrift	Datum

För vaccinerande enhet

Ordinatör:			
Ordinationsdatum:			
Vaccinatör:			
Vaccinationsdatum:			
Vaccin:			
Dosnummer:			
Batch-/lotnummer:			
Lokalisation:	Höger arm ☐	Vänster arm ☐	Annat ☐
Administreringssätt:	IM ☐	SC ☐	

För vaccinerande enhet

Ordinatör:			
Ordinationsdatum:			
Vaccinatör:			
Vaccinationsdatum:			
Vaccin:			
Dosnummer:			
Batch-/lotnummer:			
Lokalisation:	Höger arm ☐	Vänster arm ☐	Annat ☐
Administreringssätt:	IM ☐	SC ☐	

För vaccinerande enhet

Ordinatör:			
Ordinationsdatum:			
Vaccinatör:			
Vaccinationsdatum:			
Vaccin:			
Dosnummer:			
Batch-/lotnummer:			
Lokalisation:	Höger arm ☐	Vänster arm ☐	Annat ☐
Administreringssätt:	IM ☐	SC ☐	

För vaccinerande enhet

Ordinatör:			
Ordinationsdatum:			
Vaccinatör:			
Vaccinationsdatum:			
Vaccin:			
Dosnummer:			
Batch-/lotnummer:			
Lokalisation:	Höger arm ☐	Vänster arm ☐	Annat ☐
Administreringssätt:	IM ☐	SC ☐	