

## HÄLSODEKLARATION - BARN

### Vaccination mot influensa och pneumokocker

Fyll i en hälsodeklaration per person.  
Gäller barn/ungdom under 18 år.  
Vårdnadshavares underskrift krävs.

Vaccinationsdatum \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Har ditt barn allergi mot ägg?  Ja  Nej

Har ditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något  
annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?  Ja  Nej

Har ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?  Ja  Nej

Har ditt barn blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet, t.ex waranbehandling?  Ja  Nej

Har ditt barn någon kronisk sjukdom, eller saknar mjälte?  Ja  Nej

Om ja, har ditt barn:

Kronisk lungsjukdom, inklusive astma  Ja  Nej

Kraftig övervikt (BMI>40)  Ja  Nej

Neuromuskulär sjukdom (till exempel MS)  Ja  Nej

Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)  Ja  Nej

Ökad risk för infektioner  Ja  Nej

(Till exempel immunsbristsjukdom, men också andra tillstånd såsom cancer eller autoimmunitet  
där sjukdomen i sig eller behandlingen medför en ökad risk för infektioner)

Indikation för vaccination med konjungerat pneumokockvaccin  Ja  Nej

(Nedsatt mjältefunktion; Gravt nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller behandling, till exempel  
organtransplantation, cytostatikabehandling eller behandling med motsvarande >15 mg prednisolon/dag,  
annan kraftigt immunosupprimerande medicinering eller TNF-hämmare i kombination med annan immun  
nedsättande behandling; Nefrotiskt syndrom; Cochleaimplantation; Likvorläckage; Cystisk fibros)

Kronisk lever- eller njursvikt  Ja  Nej

Diabetes mellitus  Ja  Nej

CP/multifunktionshandikapp  Ja  Nej

Är ditt barn gravid?  Ja  Nej

Om ja, vilken graviditetsvecka:

Jag samtycker till att mitt barn vaccineras.  Ja  Nej

\_\_\_\_\_  
Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

\_\_\_\_\_  
Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande