

Hälsodeklaration inför HPV-vaccination

Fyll i hälsodeklarationen innan ditt besök

Personnummer: _____

Namn: _____

Datum: _____

Om du är gravid kan du inte få HPV-vaccination.

1. Är du gravid? JA NEJ

Andra vaccinationer

2. Har du fått vaccin mot Covid19 de senaste 7 dagarna? JA NEJ

Nedanstående frågor kan kräva försiktighet och/eller rådgörande med läkare innan vaccination.

3. Har du någon gång fått en svår allergisk reaktion som krävt att du har behövt uppsöka sjukvården? JA NEJ
4. Har du någon gång fått en svår allergisk reaktion efter vaccination? JA NEJ
5. Har du någon infektion just nu? JA NEJ
6. Om du har svarat ja på föregående fråga, vilken infektion och symptom har du?
Svar: _____

Har du någon av följande sjukdomar?

7. Sjukdom som gör att du har lätt för att blöda? JA NEJ
8. Kronisk inflammatorisk sjukdom som exempelvis reumatisk sjukdom, psoriasis, inflammatorisk tarmsjukdom eller multipel skleros? JA NEJ
9. En tumörsjukdom? JA NEJ

Tar du någon av följande läkemedel?

10. Blodförtunnande? JA NEJ
11. Cytostatika? JA NEJ
12. Läkemedel som kan påverka immunförsvaret, exempelvis kortison? JA NEJ