

Hälsodeklaration / Frågeformulär inför covid-19 vaccination Health declaration / Pre-vaccination questionnaire for COVID-19

14/02/2022

Namn
Name

Personnummer
Personal ID number

Inför din vaccination ber vi dig svara på följande frågor: Before you receive the vaccination, we would like you to answer the following questions:

1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu?
Do you currently have any fever and/or acute infection? Yes No
 2. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård?
Have you ever experienced a strong reaction following a vaccination that required hospital care? Yes No
 3. Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin?
Do you have an increased tendency to bleed as a result of illness or medication? Yes No
 4. Är du gravid?
Are you pregnant? Yes No
 5. Har du ett nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller medicin?
Do you have an impaired immune system as a result of illness or medication? Yes No
 6. Har du vaccinerat dig någon gång under dom senaste 7 dagarna?
Have you received any type of vaccine during the past 7 days? Yes No
 7. Idag vill jag ta:
Today I want to receive: dose 1 dose 2 dose 3 dose 4 dose 5
- Förra vaccindosen tog jag; år _____ månad _____ dag _____
I received my previous dose of the vaccine: year _____ month _____ day _____

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen This section to be completed by the vaccination centre

Indikation för covid-19 vaccination Indication for COVID-19 vaccination	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Vaccinationsdatum: Date of vaccination:	Planerat datum för dos 2 / dos 3 / dos 4 eller dos 5: Planned date for dose 2 / dose 3 / dose 4 or dose 5:	

Hälsodeklaration / Frågeformulär inför covid-19 vaccination Health declaration / Pre-vaccination questionnaire for COVID-19

14/02/2022

Covid- 19 vaccin namn: Name of COVID-19 vaccine:	Dose 1 <input type="checkbox"/>	Dose 2 <input type="checkbox"/>	Dose 3 <input type="checkbox"/>	Dose 4 <input type="checkbox"/>	Dose 5 <input type="checkbox"/>
Administreringssätt: Method of administration:					
Hö arm		Vä arm			
Right arm <input type="checkbox"/>	i.m. <input type="checkbox"/>	s.c. <input type="checkbox"/>	Left arm <input type="checkbox"/>	i.m. <input type="checkbox"/>	s.c. <input type="checkbox"/>
Batch-/lotnummer: Batch/lot number:			Ev. annan lokalisation för administrering: Any other location of administration:		
Kundgrupp (se lathund) Customer group (see reference sheet)					
SÄBO hemsjukvård/hemtjänst SÄBO home healthcare/home help					
Personal kommun/region patientnära arbete Municipal/regional personnel near-patient work					
Medicinsk riskgrupp (utanför aktuell åldersgrupp) Medical risk group (beyond actual age group)					
Vaccinationen införd i journal/vaccinregister Vaccination entered into journal/vaccination register <input type="checkbox"/>					

Ordinatörens namn:

Name of coordinator: _____

Vaccinatörens namn:

Name of vaccinator: _____

Signatur:

Signature: _____