

## Hälsodeklaration / Frågeformulär inför covid-19 vaccination Terveysilmoitus/Kyselylomake ennen covid-19-rokotusta

2022-02-14

Namn/Nimi

Personnummer/Henkilönumero

### Inför din vaccination ber vi dig svara på följande frågor

#### Pyydämme sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin ennen rokotusta

1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu?  
Onko sinulla nyt kuumetta ja/tai jokin akuutti infektio? Ja  Nej   
Kyllä  Ei
2. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination  
och behövt sjukhusvård?  
Oletko joskus saanut voimakkaan reaktion rokotuksen jälkeen  
ja tarvinnut sairaalahoitoa? Ja  Nej   
Kyllä  En
3. Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin?  
Onko sinulla lisääntyntä taipumusta verenvuotoon jonkin  
sairauden tai lääkkeen takia? Ja  Nej   
Kyllä  Ei
4. Är du gravid?  
Oletko raskaana? Ja  Nej   
Kyllä  En
5. Har du ett nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller medicin?  
Onko sinulla heikentynyt immuunipuolustus jonkin sairauden tai  
lääkkeen takia? Ja  Nej   
Kyllä  Ei
6. Har du vaccinerat dig någon gång under dom senaste 7 dagarna?  
Oletko rokottautunut 7:n viimeksi kuluneen päivän aikana? Ja  Nej   
Kyllä  En
7. Idag vill jag ta: dos 1  dos 2  dos 3  dos 4  dos 5   
Tänään haluan saada annoksen: 1  2  3  4  5

Förra vaccindosen tog jag; år \_\_\_\_\_ månad \_\_\_\_\_ dag \_\_\_\_\_

Sain edellisen rokotusannoksen: vuosi \_\_\_\_\_ kuukausi \_\_\_\_\_ päivä \_\_\_\_\_

### Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen/Seuraavat tiedot täyttää rokotusvastaanotto

## Hälsodeklaration / Frågeformulär inför covid-19 vaccination

### Terveysilmoitus/Kyselylomake ennen covid-19-rokotusta

2022-02-14

<b>Indikation för covid-19 vaccination</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>			
<b>Mahdollisuus covid-19-rokotukseen</b>	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>			
Vaccinationsdatum: Rokotuspäivä:	Planerat datum för dos 2 / dos 3 / dos 4 eller dos 5: Suunniteltu päiväys annoksille 2 / 3 / 4 ja 5:				
Covid- 19 vaccin namn: Covid-19-rokotteen nimi:	Dos 1 <input type="checkbox"/> Annos 1	Dos 2 <input type="checkbox"/> Annos 2	Dos 3 <input type="checkbox"/> Annos 3	Dos 4 <input type="checkbox"/> Annos 4	Dos 5 <input type="checkbox"/> Annos 5
Administreringssätt: Rokotuspaikka:	<b>Hö arm</b> <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> <b>Vä arm</b> <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/>				
	<b>Oi käsi</b> <input type="checkbox"/> lih. sisään <input type="checkbox"/> ihon alle <input type="checkbox"/> <b>Va käsi</b> <input type="checkbox"/> lih. sisään <input type="checkbox"/> ihon alle <input type="checkbox"/>				
Batch-/lotnummer: Batch-/eränumero:	Ev. annan lokalisation för administrering: Mahdollinen muu rokotuspaikka:				
<b>Kundgrupp (se lathund)</b>					
<b>Asiakasryhmä (katso muistilapusta)</b>					
SÄBO hemsjukvård/hemtjänst <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>					
SÄBO-kotisairaanhoido/-kotipalvelu <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/>					
Personal kommun/region patientnära arbete <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>					
Henkilökunta, kunta/alue potilasläheinen työ <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/>					
Medicinsk riskgrupp (utanför aktuell åldersgrupp) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>					
Lääketieteellinen riskiryhmä (ajankohtaisen ikäryhmän ulkopuolella) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/>					
Vaccinationen införd i journal/vaccinregister <input type="checkbox"/>					
Rokotus kirjattu potilaskertomukseen/rokotusrekisteriin <input type="checkbox"/>					

Ordinatörens namn: \_\_\_\_\_

Määrääjän nimi: \_\_\_\_\_

Vaccinatörens namn: \_\_\_\_\_ Signatur: \_\_\_\_\_

Rokottajan nimi: \_\_\_\_\_ Allekirjoitus: \_\_\_\_\_