

Samtycke till vaccinering mot Covid-19

Barnets namn

Personnummer

Om barnet har två vårdnadshavare ska blanketten vara underskriven av båda.

Ja, vi samtycker till att vårt barn vaccineras. Samtycket medger vaccination av både dos1 och dos2.

Ort: _____ Datum: _____

***Förälders/vårdnadshavares namnteckning - Namnförtydligande - Telefon dagtid**

Ort: _____ Datum: _____

Om barnet har en vårdnadshavare gäller både underskrift och intygande om att du är ensam vårdnadshavare.

Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras. Samtycket medger vaccination av både dos1 och dos2.

Jag är ensam vårdnadshavare.

Ort: _____ Datum: _____

***Förälders/vårdnadshavares namnteckning - Namnförtydligande - Telefon dagtid**

Hälsodeklaration / Frågeformulär inför covid-19 vaccination

2021-03-02 version 6

Patientuppgifter:

Namn _____

Personnummer _____

Inför din vaccination ber vi dig svara på följande frågor

1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu? Ja Nej
2. Har du reagerat med anafylaxi (allergisk chock) så du behövt adrenalin (ex. Epi-pen) och behövt akut inläggande vård på sjukhus efter en vaccination eller en injektion av annat läkemedel? Ja Nej
3. Har du reagerat med anafylaxi (allergisk chock) så du behövt adrenalin (ex. Epi-pen) och behövt akut inläggande vård på sjukhus på grund av något annat än vaccination eller injektion av läkemedel? Ja Nej
4. Tar du blodförtunnande medicin, t.ex. Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto, Lixiana eller Eliquis regelbundet? (gäller ej Trombyl) Ja Nej
5. Har du blödarsjuka eller annan ökad blödningsbenägenhet? Ja Nej
6. Har du ett nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller medicin? Ja Nej
7. Är du gravid? Ja Nej
8. Har du fått något annat vaccin under de senaste 7 dagarna? Ja Nej

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen

Indikation för covid-19 vaccination		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Vaccinationsdatum:	Planerat datum för dos 2:		
Covid-19 vaccin namn	Dos 1 <input type="checkbox"/>	Dos 2 <input type="checkbox"/>	
Administreringsätt: Hö arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> Vä arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/>			
Batch-/lotnummer:	Ev. annan lokalisation för administrering:		
Ev. kommentar:			
Vaccinationen införd i journal/vaccinregister			<input type="checkbox"/>

Ordinatörens namn: _____

Vaccinatörens namn: _____ Signatur: _____