



Samtycke till vaccinering mot Covid-19

Ungdomens namn

Personnummer

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

Ort: _____

Datum: _____

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

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

*Det är tillräckligt att blanketten är underskriven av en vårdnadshavare.
Om barnet har två vårdnadshavare ska beslutet vara avstämt med den andra vårdnadshavaren.

Blanketten skannas till journalen.

Hälsodeklaration / Frågeformulär inför covid-19 vaccination

2021-09-29 version 7

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
9. Idag vill jag ta dos 1 dos 2 dos 3
Förra vaccindosen tog jag; år _____ månad _____ dag _____

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen

Indikation för covid-19 vaccination		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Vaccinationsdatum:	Planerat datum för dos 2 alt. dos 3:		
Covid- 19 vaccin namn	Dos 1 <input type="checkbox"/>	Dos 2 <input type="checkbox"/>	Dos 3 <input type="checkbox"/>
Administreringssätt: 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 lokalisering för administrering:		
Ev. kommentar:			
			Vaccinationen införd i journal/vaccinregister <input type="checkbox"/>

Ordinatörens namn: _____

Vaccinatörens namn: _____ Signatur: _____