

HälsodeklARATION och samtycke

Gäller vaccination av barn mot tbe (fästingburen hjärninflammation)

Fyll i hälsodeklARATION för barnet som ska vaccineras.

Personnummer:

Namn:

Om hälsodeklARATIONEN besvarats i Alltid Öppet behöver endast samtycke fyllas i.

Är barnet friskt idag utan tecken på infektion som exempelvis feber?	☐ Ja	☐ Nej
Har barnet blivit vaccinerad den senaste månaden?	☐ Ja	☐ Nej
Om ja, mot vad:		
Har barnet någon gång efter vaccination fått en kraftig reaktion som barnet behövt behandling på akutmottagning eller inläggning på sjukhus för?	☐ Ja	☐ Nej
Har barnet nedsatt immunförsvar till följd av sjukdom eller behandling?	☐ Ja	☐ Nej
Har barnet ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller behandling?	☐ Ja	☐ Nej
Samtycker du till att barnets vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?	☐ Ja	☐ Nej

Samtycke – lämna ifylld hälsodeklARATION till vaccinatören

☐ Jag/vi samtycker till att barnet vaccineras mot tbe	
☐ Jag intygar att jag är ensam vårdnadshavare	
<i>Om barnet har två vårdnadshavare måste båda skriva under</i>	
..... Vårdnadshavarens namnteckning	 Vårdnadshavarens namnteckning
..... Namnförtydligande	 Namnförtydligande
..... Ort, datum, telefon dagtid	 Ort, datum, telefon dagtid
För information om samtycke, var god se: www.smittskyddstockholm.se → Sök 'samtycke vaccination'	

Vaccinatörens underskrift om Vaccinera har driftsproblem

..... Datum	 Namnteckning
----------------	-----------------------