

## **Samtyckesblankett och hälsodeklaration vid vaccination mot covid-19 för ungdomar födda 2005 eller tidigare men inte fyllda 18 år**

Det finns nu vaccin mot covid-19 som är godkänt för ungdomar och det finns också mer kunskap om vilken nytta vaccinet ger. Därför rekommenderar Folkhälsomyndigheten att även ungdomar som är födda 2005 eller tidigare vaccineras mot covid-19.

Vaccin tas både för att skydda sig själv mot covid-19 och för att minska smittspridningen i samhället. I Sverige är vaccinationen mot covid-19 frivillig och kostnadsfri. För fullgod effekt ges vaccinet två gånger med ett antal veckors intervall, mer information ges vid vaccinationstillfället.

### **Tre alternativ att ge samtycke**

- På denna blankett kan du meddela om du samtycker till att din ungdom ska vaccineras. Båda vårdnadshavarna behöver ge sitt samtycke genom att skriva under samtyckesblanketten. Har du ensam vårdnad räcker din underskrift. Din ungdom överlämnar blanketten vid vaccinationstillfället.
- Samtycke kan även ges på vaccinationsmottagningen. En av vårdnadshavarna ska då följa med ungdomen, legitimera sig och skriva under en samtyckesblankett på plats.
- Samtycke kan också lämnas av ungdomen själv om hen bedöms ha nått normal mognad för sin ålder. Denna mognadsbedömning görs av sjukvårdspersonal på vaccinationsmottagningen i samband med vaccinationen.

### **Samtyckesblankett och hälsodeklaration tas med vid varje vaccinationstillfälle**

Blanketten ska fyllas i och undertecknas vid varje vaccinationstillfälle, det vill säga både vid första och andra vaccinationstillfället. Blanketten måste undertecknas av båda vårdnadshavarna vid gemensam vårdnad.

Om du samtycker till din ungdoms vaccination ber vi er besvara frågorna i hälsodeklarationen på baksidan av denna blankett.

## **Vänd!**

# HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot covid-19

Vaccinationsdatum \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Fyll i en hälsodeklaration per person.

Namn \_\_\_\_\_

Har du allergier (t.ex. födoämne, insekter, läkemedel) som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du behövt behandling på akutmottagning eller inläggning på sjukhus för? Ja Nej

Har du någon gång efter vaccination eller efter injektion av något läkemedel fått en kraftig reaktion som du behövt behandling på akutmottagning eller inläggning på sjukhus för? Ja Nej

Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin? Ja Nej

*Om patienten behandlas med antikoagulantia se:*

[Vaccination och orala antikoagulantia på Janusinfo.se](#)

Är du gravid? Ja Nej

Om ja, ange graviditetsvecka \_\_\_\_\_

Har du vaccinerat dig mot något under de senaste 7 dagarna? Ja Nej

*Du bör ej vaccinera dig inom de närmaste 7 dagarna efter vaccination mot covid-19*

Känner du dig frisk idag utan tecken på infektion som ex. feber Ja Nej

Är du vård-/omsorgspersonal? Ja Nej

Samtycker du till att dina vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare? Ja Nej

Ja, jag samtycker till att min ungdom vaccineras.

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares namnteckning

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares namnteckning

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Ort, datum, telefon dagtid

\_\_\_\_\_  
Ort, datum, telefon dagtid

Undertecknas av båda vårdnadshavarna om vårdnaden är gemensam.

Om en av vårdnadshavarna närvarar vid vaccinationstillfället, räcker det med en vårdnadshavares underskrift. Det görs på en annan blankett som du får på vaccinationsmottagningen.