

# Hälsodeklaration vid vaccination

Fylls i av patient:

Namn	Personnummer
------	--------------

- Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination som du har behövt sjukhusvård för?  Ja  Nej

Om ja, av vilket vaccin och vilken reaktion: \_\_\_\_\_

- Har du annan allergi som någon gång gett dig en kraftig reaktion som du har behövt sjukhusvård för?  Ja  Nej

Om ja, av vad och vilken reaktion: \_\_\_\_\_

- Är du allergisk mot ägg?  Ja  Nej

- Har du ökad blödningsbenägenhet av sjukdom eller medicin?  Ja  Nej

Om ja, vilken: \_\_\_\_\_

- Har du pågående infektion med feber?  Ja  Nej

- Är du gravid?  Ja  Nej

Om ja, vecka: \_\_\_\_\_

- Har du fått ett annat vaccin de senaste 7 dagarna?  Ja  Nej

Om ja vilket: \_\_\_\_\_

## Övriga upplysningar

**Svara om det är covid, influensa eller pneumokockvaccin du skall få.**

- Tidigare vaccinerad mot influensa?  Ja År?.....  Nej  
 Ej aktuellt

- Tidigare vaccinerad mot pneumokockinfektioner (bakterier som kan orsaka bl a lunginflammation)  Ja År?.....  Nej  
 Ej aktuellt

- Tidigare vaccinerad mot Covid19?  Ja  Nej  
 Ej aktuellt

Om ja antal doser: \_\_\_\_\_

.....  
Datum

.....  
Namnteckning

Fylls i av vårdpersonal:

<b>Influensavaccin FluAD Tetra® 0,5 ml</b>	<b>Batchnr</b>	<b>Hö arm</b>	<b>Vä arm</b>
<b>Influensavaccin Vaxigrip Tetra® 0,5 ml</b>	<b>Batchnr</b>	<b>Hö arm</b>	<b>Vä arm</b>
<b>Pneumokockvaccin Pneumovax® 0,5 ml</b>	<b>Batchnr</b>	<b>Hö arm</b>	<b>Vä arm</b>
<b>Kikhostevaccin Boostrix® 0,5 ml</b>	<b>Batchnr</b>	<b>Hö arm</b>	<b>Vä arm</b>
<b>Kikhostevaccin Triaxis® 0,5 ml</b>	<b>Batchnr</b>	<b>Hö arm</b>	<b>Vä arm</b>
<b>Covidvaccin Comirnaty® 0,3ml</b> Original                      BA4/5	<b>Batchnr</b>	<b>Hö arm</b>	<b>Vä arm</b>
<b>Covidvaccin Nuvaxovid® 0,5ml</b>	<b>Batchnr</b>	<b>Hö arm</b>	<b>Vä arm</b>
<b>Vaccin:</b>	<b>Batchnr</b>	<b>Hö arm</b>	<b>Vä arm</b>
<b>Vaccin:</b>	<b>Batchnr</b>	<b>Hö arm</b>	<b>Vä arm</b>
<b>Ordinatör:</b>			
<b>Vaccinatör:</b>			