

# Hälsodeklaration vid vaccination

Fylls i av patient:

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

▪ Har du haft en kraftig reaktion efter vaccination som du har behövt sjukhusvård för? Ja  Nej

Om du svarat ja, vilket vaccin och vilken reaktion? \_\_\_\_\_

▪ Har du haft en allvarlig allergisk reaktion mot något som du har behövt sjukhusvård för? Ja  Nej

Om du svarat ja, av vad och vilken reaktion? \_\_\_\_\_

▪ Är du allergisk mot ägg? Ja  Nej

▪ Har du sänkt immunförsvar på grund av sjukdom eller medicinering? Ja  Nej

▪ Har du ökad blödningsbenägenhet? Ja  Nej

Om du svarat ja, vilken? \_\_\_\_\_

▪ Har du en pågående infektion med feber? Ja  Nej

▪ Är du gravid? Ja  Nej

Om du är gravid vilken vecka? \_\_\_\_\_

▪ Har fått något annat vaccin de senaste 7 dagarna? Ja  Nej

Om du svarat ja, vilket vaccin? \_\_\_\_\_

## Extra fråga till dig som är 65 år och äldre eller tillhör någon riskgrupp (ej gravida)

▪ Har du vaccinerats mot pneumokocker tidigare? (bakterier som kan ge lunginflammation) Ja  Nej

Om du svarat ja, vilket år? \_\_\_\_\_

.....  
Datum

.....  
Namnteckning

Fylls i av vårdpersonal:

**OBS!** Försiktighet vid vaccination med levande försvagade vaccin till personer med nedsatt immunförsvar, individuell läkarbedömning behövs.

Levande försvagade vaccin är exempelvis vaccin mot mässling, påssjuka, röda hund, vattkoppor, tuberkulos, gula febern, denguefeber och per orala vaccin mot tyfoidfieber och kolera.

Influensavaccin Vaxigrip Tetra® 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Influensavaccin Efluelda tetra® 0,7 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Covidvaccin Comirnaty® 0,3 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Pneumokockvaccin Pneumovax® 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Kikhostevaccin Triaxis® 0,5 ml	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Vaccin:	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Vaccin:	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Vaccin:	Batchnr	Hö arm	Vä arm
Vaccin ordinerats av:			
Vaccin givet av:			