

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, graviditetsvecka: _____

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

Om ja vilket: _____

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

- Har du vaccinerats mot pneumokocker tidigare? Ja Nej
(bakterier som kan orsaka bl a lunginflammation)

Om du fått vaccin mot pneumokocker, vilket år fick du vaccin? _____

.....
Datum

.....
Namnteckning

Fylls i av vårdpersonal:

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:			