

HÄLSODEKLARATION - VUXNA

Vaccination mot influensa och pneumokocker

Vaccinationsdatum _____

Personnummer _____

Fyll i en hälsodeklaration per person.
Gäller personer 18 år eller äldre.

Namn _____

Har du allergi mot ägg?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Har du haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Har du reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Har du blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Behandlas du med blodförtunnande läkemedel?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Har du någon kronisk sjukdom?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Om ja, har du:		
Kronisk lungsjukdom, inklusive astma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Kraftig övervikt (BMI>40)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Neuromuskulär sjukdom (till exempel MS)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Ökad risk för infektioner (Till exempel immunbristsjukdom, men också andra tillstånd såsom cancer eller autoimmunitet där sjukdomen i sig eller behandlingen medför en ökad risk för infektioner)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Kronisk lever- eller njursvikt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
CP/multifunktionshandikapp	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Är du gravid?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Om ja, vilken graviditetsvecka: _____		
Har din mjälte opererats bort?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Samtycker du till att dina vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej

Namnunderskrift av den som ska vaccineras

Ifylles av vaccinator: *Namn vaccinator:*

Indikation för vaccination med konjugerat pneumokockvaccin Ja Nej

Om patienten behandlas med antikoagulantia var god se:

www.smittskyddstockholm.se >> Vaccination vid behandling med orala antikoagulantia