

Hälsodeklaration vid vaccination

Gäller vaccination mot covid-19, säsongsinfluensa och pneumokocker.

Personnummer:

Fyll i en hälsodeklaration per person.

Namn:

Känner du dig frisk idag utan tecken på infektion som exempelvis feber?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du vaccinerat dig den senaste månaden? Om ja, mot vad:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du allergi mot ägg?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du allergier mot något annat (till exempel födoämne, insekter, läkemedel) som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du behövt behandling på akutmottagning eller inläggning på sjukhus för?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du någon gång efter vaccination eller efter injektion av läkemedel fått en kraftig reaktion som du behövt behandling på akutmottagning eller inläggning på sjukhus för?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller behandling?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du någon av följande kroniska sjukdomar eller tillstånd:		
Kronisk lungsjukdom, inklusive svår och instabil astma?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Nedsatt lungfunktion och försämrad hostkraft till följd av neuromuskulär sjukdom, extrem fetma (BMI>40) eller annat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kronisk hjärt- och kärlsjukdom inklusive stroke?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Högt blodtryck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Nedsatt immunförsvar till följd av sjukdom eller behandling? Till exempel immunbristsjukdom, nylig stamcellstransplantation, immunhämmande behandling vid cancer eller autoimmun sjukdom.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Genomgått organtransplantation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kronisk lever- eller njursvikt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Diabetes mellitus typ 1 eller 2?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Cystisk fibros?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Nefrotiskt syndrom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du cochleaimplantat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

→ Fortsättning nästa sida

Har du likvorläckage?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har din mjälte opererats bort eller har du dåligt fungerande mjälte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du Downs syndrom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Är du gravid? Om ja, ange graviditetsvecka:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Är du vård-/omsorgspersonal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du skörhet och behov av hjälp med aktiviteter i dagliga livet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du nedsatt fysisk hälsa* * p.g.a. till exempel demens, psykiatrisk sjukdom, drog- eller alkoholbruk	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Samtycker du till att dina vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Underskrift – lämna ifylld hälsodeklaration till din vaccinatör

Vuxna							
..... Datum Underskrift av den som ska vaccineras						
Fylls i av vaccinatör:	Vä	Hö	Arm	Ben	I.M.	S.C.	Batch-lapp
Vaccigrip tetra							
Fluad tetra							
Covid-vaccin							
Pneumovaxx							
Apexxnar							

Datum**Namn Vaccinatör**