

Hälsodeklaration vaccination Barn - Skannas

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 blivit vaccinerad den senaste månaden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja, mot vad:		
Är du allergisk 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 KOL eller svår, 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
Nedsatt immunförsvar till följd av sjukdom eller behandling? Till exempel immunbristsjukdom, nylig stamcellstransplantation, organtransplantation, immunhämmande behandling vid cancer eller autoimmun sjukdom.	<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
Har du likvorläckage?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

→ Fortsättning nästa sida

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 dagliga omsorgsinsatser?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<i>* Det vill säga dagliga omsorgsinsatser från exempelvis hemtjänst, SÄBO/korttidsboende eller motsvarande. Personer som endast har hemtjänstinsatser i form av städning, trygghetslarm eller leverans av matlådor, ingår inte.</i>	
Har du nedsatt hälsotillstånd?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<i>* På grund av till exempel demens, psykisk sjukdom, drog- eller alkoholbruk.</i>	
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
Barn under 18 år	
Jag samtycker till att mitt barn vaccineras mot <input type="checkbox"/> covid-19 <input type="checkbox"/> influensa <input type="checkbox"/> pneumokocker	
..... Vårdnadshavarens namnteckning Vårdnadshavarens namnteckning
..... Namnförtydligande Namnförtydligande
..... Ort, datum, telefon dagtid Ort, datum, telefon dagtid
<i>För information om samtycke och mognadsbedömning av personer under 18 år, var god se: www.smittskyddstockholm.se → Sök 'samtycke vaccination' eller 'mognadsbedömning'</i>	

Ifylles av vaccinatör – vid vaccination av ungdomar yngre än 18 år

Har samtycke inhämtats från vårdnadshavare enligt regionens riktlinjer? (OBS! Vid samtycke måste påskrivna hälsodeklaration sparas!)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har samtycke från ungdomen godkänts efter individuell mognadsbedömning enligt regionens riktlinjer? (OBS! Gäller endast om ungdomen är född 2008 eller tidigare)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vaccinatörens underskrift om Vaccinera har driftsproblem	
..... Datum Namnteckning