

Hälsodeklaration vid vaccination

Gäller vaccination mot säsongsinfluensa och pneumokocker

Personnummer:

Fyll i en hälsodeklaration per person.

Namn:

Känner du dig frisk idag utan tecken på infektion som exempelvis feber?	☐ Ja	☐ Nej
Har du blivit vaccinerad den senaste månaden?	☐ Ja	☐ Nej
Om ja, mot vad:		
Är du allergisk mot ägg?	☐ Ja	☐ 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?	☐ Ja	☐ 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?	☐ Ja	☐ Nej
Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller behandling?	☐ Ja	☐ Nej
Har du någon av följande kroniska sjukdomar eller tillstånd:		
Kronisk lungsjukdom, inklusive KOL eller svår, instabil astma?	☐ Ja	☐ Nej
Nedsatt lungfunktion och försämrad hostkraft till följd av neuromuskulär sjukdom, extrem fetma (BMI>40) eller annat?	☐ Ja	☐ Nej
Kronisk hjärt- och kärlsjukdom inklusive stroke?	☐ Ja	☐ Nej
Nedsatt immunförsvar till följd av sjukdom eller behandling? Till exempel immunbristsjukdom, nylig stamcellstransplantation, organtransplantation, njursvikt, immunhämmande behandling vid cancer eller autoimmun sjukdom.	☐ Ja	☐ Nej
Kronisk lever- eller njursvikt?	☐ Ja	☐ Nej
Diabetes mellitus typ 1 eller 2?	☐ Ja	☐ Nej
Cystisk fibros?	☐ Ja	☐ Nej
Nefrotiskt syndrom?	☐ Ja	☐ Nej
Har du cochleaimplantat?	☐ Ja	☐ Nej
Har du likvorläckage?	☐ Ja	☐ Nej

→ Fortsättning nästa sida

Har din mjälte opererats bort eller har du dåligt fungerande mjälte?	☐ Ja ☐ Nej
Har du Downs syndrom?	☐ Ja ☐ Nej
Är du gravid?	☐ Ja ☐ Nej
Om ja, ange graviditetsvecka:	
Är du vård-/omsorgspersonal?	☐ Ja ☐ Nej
Har du dagliga omsorgsinsatser?*	☐ Ja ☐ Nej
* 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.	
Har du nedsatt hälsotillstånd?*	☐ Ja ☐ Nej
* På grund av till exempel demens, psykisk sjukdom, drog- eller alkoholbruk eller annan skörhet.	
Samtycker du till att dina vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?	☐ Ja ☐ Nej

Underskrift – lämna ifylld hälsodeklARATION till din vaccinator

Vuxna	
..... Datum	 Underskrift av den som ska vaccineras
Barn under 18 år	
Jag samtycker till att mitt barn vaccineras mot ☐ covid-19 ☐ influensa ☐ pneumokocker	
..... Vårdnadshavarens namnteckning	 Vårdnadshavarens namnteckning
..... Namnförtydligande	 Namnförtydligande
..... Ort, datum, telefon dagtid	 Ort, datum, telefon dagtid
För information om samtycke och mognadsbedömning av personer under 18 år, var god se: www.smittskyddstockholm.se → Sök 'samtycke vaccination' eller 'mognadsbedömning'	

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

Har samtycke inhämtats från vårdnadshavare enligt regionens riktlinjer? (OBS! Vid samtycke måste påskriven hälsodeklARATION sparas!)	☐ Ja ☐ Nej
Har samtycke från ungdomen godkänts efter individuell mognadsbedömning enligt regionens riktlinjer? (OBS! Gäller endast om ungdomen är född 2009 eller tidigare)	☐ Ja ☐ Nej
Vaccinatörens underskrift om Vaccinera har driftsproblem	
..... Datum	 Namnteckning