

Hälsodeklaration vid vaccination Vuxen

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?	☐ 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, 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.	
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					
Iylls av den som ger vaccin	Vä	Hö	Arm	Ben	I.M.	S.C.	Batch-lapp
Vaxigrip - influensa							
Fluad - förstärkt HSJV							
Comirnaty - Covid							
Pneumovax- Pneumokocker							
Prevenar 20 - Pneumokocker							
..... Datum							
..... Namn vaccinator							