

Hälsodeklaration för vaccination

Fylls i av dig som ska vaccineras eller är vårdnadshavare

Tänk på att du ska vara frisk, utan feber eller infektion när du ska vaccinera dig.

Personuppgifter

Namn	Personnummer (12 siffror)
Underskrift av dig som vaccineras, vårdnadshavare eller motsvarande	
Regionanställd	Kommunanställd
Övrig information till kassan	

Besvara frågor om dig

1. Har du reagerat med svår allergisk reaktion av något födoämne (för säsongsinfluensa specifikt ägg), insektsstick, latex, vaccin eller annat läkemedel? Med svår allergisk reaktion menas att det krävs övervakning och behandling på sjukhus eller hälsocentral (om personen inte själv kan svara – finns allergi dokumenterat i journal?) Ja Nej
2. Har du reagerat med någon övrig, svår komplikation som krävt utredning i samband med vaccination? Ja Nej
3. Är du gravid eller ammar? Ja Nej
4. Har du blödarsjuka eller annan ökad blödningsbenägenhet? Ja Nej
5. Behandlas du med blodförtunnande läkemedel? Ja Nej
6. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 28 dagarna? Ja Nej

Information till dig som vaccinerar

Om NEJ på samtliga frågor – ge vaccinet.

Om JA på fråga 1: Se allergiavsnitt i respektive vaccintrutin.

Om JA på fråga 2: Kontrollera kontraindikationer för aktuellt vaccin i FASS.

Om JA på fråga 3: Se FASS under graviditet/amning. Covid-19, influensa, kikhosta, RSV följ rekommendation i respektive vaccinationsrutin.

Om JA på fråga 4 eller 5: Intramuskulära administreringar: Ge vaccinet i.m, sätt kompression på insticksstället i 2 minuter och observera under 10 minuter efter injektionen.

Om JA på fråga 6: Se FASS alternativt avsnitt gällande samvaccination i respektive vaccintrutin.

Fylls i av dig som vaccinerar

Namn på vaccin	Batchnummer	Vaccinationsdatum
Namn, ordinator tydligt textat	Namn, vaccinator tydligt textat	Signatur, vaccinator
Vilken dos i ordningen Dos 1 Dos 2 Dos 3 Påfyllnadsdos		
Var tas vaccinet? Höger överarm Vänster överarm Annat ställe, ange var		

Namn på vaccin	Batchnummer	Vaccinationsdatum
Namn, ordinator tydligt textat	Namn, vaccinator tydligt textat	Signatur, vaccinator
Vilken dos i ordningen Dos 1 Dos 2 Dos 3 Påfyllnadsdos		
Var tas vaccinet? Höger överarm Vänster överarm Annat ställe, ange var		