

Vaccination - Hälsodeklaration vaccination mot Covid-19, säsongsinfluensa och pneumokocker

Fyll i en hälsodeklaration per person och vaccin/dos.

Vaccinationsdatum: _____

Personnummer: _____

Namn: _____

Fylls i av dig som ska vaccineras:

1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? Ja Nej
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för? Ja Nej
3. Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin? Ja Nej
4. Är du gravid? Ja Nej
5. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna? Ja Nej
6. Är du allergisk mot ägg? (gäller endast säsongsinfluensa) Ja Nej

Instruktion till dig som vaccinerar gällande fråga 1-6

- Om personen svarat JA på fråga 1 och/eller 2: rådgör med en läkare.
- Om personen svarat JA på fråga 3: Se mer i dokumentet STY-21813 Vaccination – Blodförtunnande behandling.
- Om personen svarat JA på fråga 4:
Vaccination mot covid-19 erbjuds efter graviditetsvecka 12, dvs i andra eller tredje trimestern. Vaccination mot covid-19 i första trimestern görs efter bedömning på Barnmorskemottagningen.
Vaccination mot säsongsinfluensa efter graviditetsvecka 16. Vaccination mot säsongsinfluensa i tidig graviditet görs efter bedömning från barnmorskemottagningen.
Vaccination mot pneumokocker rekommenderas inte till gravida.
- Om personen svarat JA på fråga 5:
Om vaccination med **högdos influensavaccin Efluelda/Fluzone HD** ska det separeras med andra vaccin med minst 7 dagar.
Om vaccination med **Covid-vaccin**: Kan endast ges samtidigt med Vaxigrip Tetra. Separeras minst 7 dagar mellan alla andra vaccin. Det spelar ingen roll vilket av vaccinen som ges först.
- Om personen svarat JA på fråga 6 (gäller endast säsongsinfluensa): Om personen tål tillagade ägg t.ex. pensling på bullar, pannkaka eller sockerkaka kan vi ge säsongsinfluensavaccin. Om personen INTE tål detta skall vi inte vaccinera personen för vaccinet innehåller äggprotein.

Nedan ifylls vid vaccination: vid vaccination mot Covid-19 ifylls vilken dos som avses

Vaccin 1

Vaccinets namn:	Dos1 <input type="checkbox"/>	Dos 2 <input type="checkbox"/>	Dos 3 <input type="checkbox"/>
<hr/>			
Batch-/lotnummer:	<hr/>		
Vaccinet har getts i:	Höger arm <input type="checkbox"/> Vänster arm <input type="checkbox"/>		
Ev. annan lokalisation för administrering:	<hr/>		
Ev. kommentar:	<hr/>		
<hr/>			

Vaccin 2

Vaccinets namn:	Dos1 <input type="checkbox"/>	Dos 2 <input type="checkbox"/>	Dos 3 <input type="checkbox"/>
<hr/>			
Batch-/lotnummer: _____			
Vaccinet har getts i:	Höger arm <input type="checkbox"/> Vänster arm <input type="checkbox"/>		
Ev. annan lokalisation för administrering: _____			
Ev. kommentar: _____			
<hr/>			

Vaccinatörens namn:**Signatur:**

Vårdgivare: _____**Mottagning/enhet:** _____