

Hälsodeklaration för vaccination mot Covid-19, influensa och pneumokocker

Denna sida fylls i av dig som ska bli vaccinerad

Namn _____

Personnummer _____

Ringa in ditt alternativ

- | | | |
|--|----|-----|
| 1. Känner du dig frisk idag utan tecken på infektion som exempelvis feber? | Ja | Nej |
| 2. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? | Ja | Nej |
| 3. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för? | Ja | Nej |
| 4. Använder du blodförtunnande läkemedel ? | Ja | Nej |
| 5. Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom? | Ja | Nej |
| 6. Är du gravid? | Ja | Nej |
| 7. Har du vaccinerats under de senaste sju (7) dagarna? | Ja | Nej |

Denna sida fylls i av den som ger vaccinationen

Vägledning för avvikande svar, om JA på fråga:

- 1: Vid pågående infektion med feber eller annan akut sjukdom bör vaccination skjutas på.
- 2-3: Se vägledning *Handläggning vid uppgiven överkänslighet i samband med vaccination mot Covid-19, influensa och pneumokocker*. Rådgör vid behov med läkare.
- 4-5: Se vägledning *Vaccinering vid Waran OAK Region Dalarna*. Rådgör vid behov med läkare.
- 6: Se rekommendationerna för gravida.
- 7: Många vaccin kan ges med mindre än 7 dagars mellanrum. Rådgör vid behov med läkare.

Namn på dig som ger vaccinationen: _____

Datum för vaccinationen: _____ **tid:** _____

Influensa (För levande influensavaccin, som ges som nässpray, bör ytterligare frågor ställas)

Vaccinet har getts i: Vänster arm Höger arm Annan lokal: _____

Vaccinamn: _____

Batchnummer _____

Covid-19

Vaccinet har getts i: Vänster arm Höger arm Annan lokal: _____

Vaccinamn: _____

Batchnummer _____

Pneumokocker

Vaccinet har getts i: Vänster arm Höger arm Annan lokal: _____

Vaccinamn: _____

Batchnummer _____
