

## Hälsodeklaration vaccination HPV

### Denna sida fylls i av dig som ska bli vaccinerad

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

#### Ringa in ditt alternativ

- |  |    |     |
|--|----|-----|
| 1. Känner du dig sjuk idag med 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. Har du någon sjukdom eller tar du något läkemedel som medför nedsatt immunförsvar?              | Ja | Nej |
| 7. Är du gravid?   | Ja | Nej |
| 8. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna?                                    | Ja | Nej |

**Denna sida fylls i av den som ger vaccinationen**

Namn på dig som ger vaccinationen: \_\_\_\_\_

Datum för vaccinationen: \_\_\_\_\_ tid: \_\_\_\_\_

Vaccinet har getts i: Vänster arm  Höger arm  Annan lokal: \_\_\_\_\_

Gardasil 9, batchnummer: \_\_\_\_\_