

Hälsodeklaration

Enligt beslut LD18/00305 skall personal inom Region Dalarna ges möjlighet till mässlingvaccination. Blanketten ska fyllas i inför vaccinationen och lämnas till den ansvariga sjuksköterskan.

Namn, textat: _____

Personnr: _____

För dig som vaccineras på annan än den egna arbetsplatsen, ange även:

Ordinarie arbetsplats och ort: _____

Arbetsplatsens kostnadsställesnummer: _____

	JA	NEJ
1. Känner du dig frisk idag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du någon immunbristsjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har du nedsatt immunförsvar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har du någon läkemedelsallergi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har du äggallergi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Är du gravid eller planerar graviditet inom en månad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har du fått mässlingvaccin för mer än ett år sedan? Om ja, vilket år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fick du då någon reaktion mot ingrediens i vaccinet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ifylld blankett lämnas till den sjuksköterska som ska utföra vaccinationen.

Anges av vaccinerande sjuksköterska:

Dos 1

Dos 2