

Hälsodeklaration

Fyll i en hälsodeklaration per person.

Namn: Telefon:

Personnummer:

Frågor till dig som ska vaccineras

- | | Ja | Nej | Vet ej |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Är du allergisk mot ägg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Om JA, vilken medicin? | | | |
| 6. Är du gravid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Har det gått minst 6 månader sedan dos 2?
(gäller endast vaccinering mot Covid-19) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

För vaccinerande enhet – Covid-19

Ordinатор:		Ordinationsdatum:
Vaccinator:		Vaccinationsdatum:
Covid -19 vaccin namn:	Batch-/lotnummer:	
Lokalisation: vä arm <input type="checkbox"/> hö arm <input type="checkbox"/> Ev. annan:	Dos 1 <input type="checkbox"/> Extra dos (särskilda grupper) <input type="checkbox"/> Dos 2 <input type="checkbox"/> Dos 3 <input type="checkbox"/> Ev. kommentar:	

För vaccinerande enhet - influensa

Medicinsk riskgrupp, gravid eller ålder ≥ 65 år? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Vaccinationsdatum:
Ordinатор:	Vaccinator:	
Vaccin:	Batch-/lotnummer:	
Administreringssätt: Intramuskulärt <input type="checkbox"/> Subkutant <input type="checkbox"/>	Lokalisation: Höger arm <input type="checkbox"/> Vänster arm <input type="checkbox"/> Ev. annan:	