

Vaccination mot covid -19

Hälsodeklaration – vuxna

Fyll i en hälsodeklaration per person och dos, gäller personer 18 år och äldre.

Namn: Telefon:

Personnummer:

Frågor till dig som ska vaccineras

Inför vaccinationen mot covid-19 ber vi dig svara på följande frågor:

- | | 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. Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om ja, vilken medicin? | | | |
| 4. Är du gravid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

Instruktion till dig som vaccinerar gällande fråga 1 – 5:

- Om personen svarat JA på fråga 1 och/eller 2: rådgör med en läkare.
- Om personen svarat JA på fråga 3: OBS att injektionen måste ges intramuskulärt. Följ regional instruktion för intramuskulär injektion av personer med ökad risk för blödning från Terapigrupp Blod, [Covid-19 vaccination – intramuskulär injektion](#).
- Om personen svarat JA på fråga 4: Denna person ska inte vaccineras.
- Om personen svarat JA på fråga 5: Om personen är vaccinerad ska minst 7 dagar ha passerat sedan dess för att vaccination mot covid-19 ska kunna vara aktuell.

För vaccinerande enhet

Ordinator:		Ordinationsdatum:	
Vaccinator:		Vaccinationsdatum:	
Covid -19 vaccin namn:		Batch-/lotnummer:	
Lokalisation: vä arm <input type="checkbox"/>	hö arm <input type="checkbox"/>	Dos 1 <input type="checkbox"/>	Dos 2 <input type="checkbox"/>
Ev. annan:		Ev. kommentar:	
Vårdgivare:			
Mottagning/enhet:			