

Kikhosta - vaccination för gravida - Hälsodeklaration - Familjehälsa

Vaccin som erbjuds: Triaxis. Det är ett vaccin mot kikhosta samt stelkramp och difteri.

Personuppgifter

Förnamn

Efternamn

Personnummer 10 siffror
(XXXXXX-XXXX)

Fylls i av dig som ska vaccineras

1. Är du lättblödande p.g.a. sjukdom eller medicin? **Trombyl påverkar inte**
vaccination för kikhosta.

Nej Ja

2. Har du någon gång fått en kraftig allergisk reaktion som har **behandlats**
med läkemedel på sjukhuset?

Nej Ja

Om ja, vad orsakade reaktionen:

3. Har du någon gång fått en kraftig **allergisk** reaktion efter vaccination
och **behövd sjukhusvård för det?**

Nej Ja

Om ja, vilket vaccin gav en allergisk reaktion:
