Pneumokockvaccination - Hälsodeklaration, ordination. Hälso- och sjukvård, Region Gävleborg

Patientuppgifter: _____
För- och efternamn *Personnummer*

HÄLSODEKLARATION - Fylls i av dig som ska vaccineras

1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu?	Ja ☐	Nej ☐
2. Har du haft några problem vid tidigare vaccinationer?	Ja ☐	Nej ☐
3. Tar du regelbundet blodförtunnande medicin, t ex Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis? (gäller ej Trombyl)	Ja ☐	Nej ☐
4. Har du fått vaccination mot pneumokocker tidigare? *(se förteckning nästa sida)*	Ja ☐	Nej ☐
• Om ja, vilket år fick du vaccin mot pneumokocker?	_____	
5. Är du gravid	Ja ☐	Nej ☐
6. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna?	Ja ☐	Nej ☐
A. Högt intag av alkohol eller alkoholism	Ja ☐	Nej ☐
B. Rökare	Ja ☐	Nej ☐
C. Narkotikaberoende	Ja ☐	Nej ☐
D. Tidigare sjukhusvårdad pga pneumokockinfektion (invasivt sjukdomsförlopp)	Ja ☐	Nej ☐
E. Svetsare	Ja ☐	Nej ☐
F. Extrem fetma (störst risk vid BMI över 40)	Ja ☐	Nej ☐
G. Ålder 65 år (det året du fyller) och äldre	Ja ☐	Nej ☐
H. Född 1947, 1948 eller 1949	Ja ☐*	Nej ☐
I. Kronisk hjärtsjukdom, njursvikt eller leversjukdom (skrumplever)	Ja ☐*	Nej ☐
J. Kronisk lungsjukdom eller annat tillstånd som leder till nedsatt lungfunktion	Ja ☐*	Nej ☐
K. Diabetes mellitus, (svårbehandlad, instabil)	Ja ☐*	Nej ☐
L. Neuromuskulär sjukdom	Ja ☐	Nej ☐
M. Bristande mjältfunktion eller saknar mjälte	Ja ☐*	Nej ☐
N. Cystisk fibros	Ja ☐*	Nej ☐
O. Skallfraktur eller kronisk likvorläckage	Ja ☐*	Nej ☐
P. Cochlea implantat inopererat för förbättrad hörsel	Ja ☐*	Nej ☐
Q. Nedsatt immunförsvar p g a sjukdom eller medicinering (ex HIV, lymfom, prednisolon >15 mg/dag, nylig eller pågående cellgiftsbehandling)	Ja ☐*	Nej ☐
R. Organtransplantation	Ja ☐*	Nej ☐
S. Nefrotiskt syndrom	Ja ☐	Nej ☐

Region Gävleborg behandlar dina personuppgifter enligt gällande regelverk. Frågeformuläret raderas när registreringen är utförd.

Information till VÅRDGIVARE

- Om en eller flera frågor markerade med * är besvarade med ja ska registreringen inkluderas i Nationella vaccinationsregistret.

- Frågorna A – L är gråmarkerade, besvaras dessa med ja tillhör patienten gruppen *ökad risk*.

- Vid registrering i PMO, observera att tillägget riskgrupp efter vaccinnamnet ska väljas om registreringen ska inkluderas i NVR

- OBS! Gravida ska **inte** vaccineras mot pneumokocker

Förteckning pneumokockvacciner:
Prevenar (PCV7)
Synflorix (PCV10)
Prevenar 13 (PCV13)
Vaxneuvance (PCV15)
Prevenar 20 (PCV20) (fd Apexxnar)
Pneumovax (PPV23)

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Observera att god kommunikation mellan läkare och ordinerande personal är av stor vikt.

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen om vaccination bedöms indicerat.

Vaccinationsdatum:	Utförande mottagning/enhet:
☐ Pneumovax ☐ Prevenar 20 **☐ Inkluderas i Nationella vaccinationsregistret om ja på fråga markerad med *** Batch-/lotnummer:	Administreringssätt ☐ Vänster arm ☐ Höger arm ☐ i.m. ☐ s.c.
Ev kommentar:	Ev annan lokalisering för administrering:
Ordinatörens namn:	Ordinatörens signatur:
Vaccinatörens namn:	Vaccinatörens signatur: