

Upprättare: Carita E Larsson

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

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 Apexnar)

Pneumovax (PPV23)

**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:
<input type="checkbox"/> Pneumovax <input type="checkbox"/> <b>Inkluderas i Nationella vaccinationsregistret om ja på fråga markerad med *</b> <input type="checkbox"/> Prevenar 20 Batch-/lotnummer:	Administreringsätt <input type="checkbox"/> Vänster arm <input type="checkbox"/> Höger arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.
Ev kommentar:	Ev annan lokalisering för administrering:
Ordinatörens namn:	Ordinatörens signatur:
Vaccinatörens namn:	Vaccinatörens signatur: