

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 ☐ | 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 Trobyl) | 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

Förteckning pneumokockvacciner:

Prevenar (PCV7)

Synflorix (PCV10)

Prevenar-13 (PCV13)

Vaxneuvance (PCV15)

Apexxnar (PCV20)

Pneumovax (PPV23)

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

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen om vaccination bedöms indicerat.

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