

Hälsodeklaration - covid- och influensavaccination

PERSONUPPGIFTER

Förnamn _____ Efternamn _____ Personnummer 10 siffror (XXXXXX-XXXX) _____

Fylls i av dig som ska vaccineras

1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu? Ja Nej
2. Har du drabbats av sjukdomstillstånd efter vaccination och behövt sjukhusvård? Ja Nej
3. Har du någon gång drabbats av en allergisk reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård? Ja Nej
4. Har du ökad blödningsbenägenhet p g a sjukdom eller medicin? Ja Nej
5. Är du gravid? *Vid graviditet efter v 12+0 kan vaccin mot covid-19 och influensa administreras* Ja Nej
6. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna? Ja Nej
7. Är du under 65 år och tillhör någon riskgrupp, t ex diabetes, hjärt- eller lungsjukdom, nedsatt immunförsvar, njur- eller leversvikt? Ja Nej
8. Är du allergisk mot ägg? Ja Nej
9. Är du hushållskontakt till person med kraftigt nedsatt immunförsvar? Ja Nej
10. Är du personal inom Hälso- och sjukvård? Ja Nej

Vaccinationsdatum:	Utförande mottagning/enhet:
Ordinerat vaccin och dos <input type="checkbox"/> Comirnaty JN.1 0,3 ml <input type="checkbox"/> Bimervax 0,5 ml <input type="checkbox"/> Vaxigrip Tetra 0,5 ml <input type="checkbox"/> Efluelda Tetra 15 mkg	Gäller covid: <input type="checkbox"/> Dos 1 <input type="checkbox"/> Dos 2 <input type="checkbox"/> Dos 3 <input type="checkbox"/> Dos 4 <input type="checkbox"/> Dos 5 <input type="checkbox"/> Dos 6 <input type="checkbox"/> Dos 7 <input type="checkbox"/> Dos 8 <input type="checkbox"/> Dos 9 Administrering intramuskulärt: Covid: Vänster arm <input type="checkbox"/> Höger arm <input type="checkbox"/> Influensa: Vänster arm <input type="checkbox"/> Höger arm <input type="checkbox"/>
Covid; Batch-/lotnummer (<i>klistra etiketten här</i>)	Influensa; Batch-/lotnummer (<i>klistra etiketten här</i>)

Ordinatörens namn (texta tydligt)

Signatur

Vaccinatörens namn (texta tydligt)

Signatur