Covidvaccination - Hälsodeklaration, ordination och dokumentation

Fyll i en blankett per person och dos.

HÄLSODEKLARATION - Fylls i av dig som ska vaccineras

1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu? Ja❑ Nej ❑
2. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? Ja❑ Nej ❑
3. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du behövt sjukhusvård för? Ja❑ Nej ❑
4. Har du ökad blödningsbenägenhet p g a sjukdom eller medicin? Ja❑ Nej ❑
5. Är du gravid? Ja❑ Nej ❑
6. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna? Ja❑ Nej ❑

Instruktion till vaccinationsmottagningen

- **Om personen svarat JA på fråga 2 och/eller 3**: Gör en bedömning enligt riktlinje för Vaccination mot covid-19 från Svenska föreningen för Allergologi. Den utökade hälsodeklarationen finns också som ett stöd i handläggningen. Vid behov kontakta hälsocentral alternativt utsedd läkare på vaccinerande enhet.
- **Om personen svarat JA på fråga 4**: OBS att injektionen måste ges intramuskulärt. Följ lokala instruktioner för intramuskulär injektion av personer med ökad risk för blödning. Alternativt läs mer på janusinfo.se.
- **Om personen svarat JA på fråga 6**: Läs om samtidig vaccination på smittskydds sida Vaccination mot covid-19 och influensa.

PERSONUPPGIFTER

_____

Förnamn Efternamn Personnummer 10 siffror (XXXXXX-XXXX)

ORDINATION OCH DOKUMENTATION

(fylls i av personal)

❑ **Har tidigare haft en allvarlig allergisk reaktion**

Bedömning har gjorts enligt riktlinje för Vaccination mot covid-19 från Svenska föreningen för Allergologi. Vaccinationen ska ges på plats där det finns möjlighet till akutbehandling t ex hälsocentral. Personen ska stanna kvar 30 minuter för observation.

Vaccinationsdatum:	Utförande mottagning/enhet:
Ordinerat vaccin ❑ Comirnaty ❑ Bimervax Batch-/lotnummer: Plats för etikett om sådan används	*Vid osäkerhet ange dos 4* ❑ Dos 1 ❑ Dos 2 ❑ Dos 3 ❑ Dos 4 ❑ Dos 5 ❑ Dos 6 ❑ Dos 7 ❑ Dos 8 ❑ Dos 9 ❑ Dos 10 ❑ Dos 11 ❑ Dos 12 ❑ Dos 13 ❑ Dos 14 ❑ Dos 15 Administrering intramuskulärt: Vänster arm ❑ Höger arm ❑

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

_____ _____

Ordinatörens namn (texta tydligt) Signatur

_____ _____

Vaccinatörens namn (texta tydligt) Signatur

Denna informationsblankett ska skrivas ut dubbelsidig med en fram- och en baksida.