Upprättare: Carita E Larsson

Fastställare: Shah Jalal

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? *Vid graviditet efter v 12+0 kan vaccin mot covid-19 administreras* 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 HC 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 här om samvaccination.

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 ex HC.
Personen ska stanna kvar 30 minuter för observation.

Vaccinationsdatum:	Utförande mottagning/enhet:
Ordinerat vaccin och dos ❑ Comirnaty LP.8.1 - 0,3 ml/dos 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.