

Upprättare: Carita E Larsson

## 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 gällande fråga 1-6

- **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](http://janusinfo.se).
- **Om personen svarat JA på fråga 5:** Vid graviditet kan vaccin mot covid-19 administreras efter v 12+0.
- **Om personen svarat JA på fråga 6:** Covid-19-, influensa- och pneumokockvaccin kan tas samtidigt eller när som helst oberoende av varandra i tid. Läs här om [samvaccination](#) och observera skrivelse om samvaccination med förstärkt influensavaccin + Nuvaxovid.

Vid vaccination mot andra sjukdomar ska det gå minst 7 dagar mellan vaccination mot annan sjukdom och vaccination mot covid-19. Patienten får komma åter när 7 dagar har passerat.

## PERSONUPPGIFTER

Förnamn

Efternamn

Personnummer 10 siffror (XXXXXX-XXXX)

## ORDINATION OCH DOKUMENTATION

(fylls i av personal)

**Behandling med Waran/NOAK** (*Pradaxa, Xarelto, Eliquis eller Lixiana*) eller ökad blödningsrisk av annan orsak, komprimera i 10 minuter efter injektion.

**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.

Utförande mottagning/enhet:	Vaccinationsdatum:
<b>Ordinerat vaccin och dos</b>  <input type="checkbox"/> <b>Comirnaty XBB.1.5 - 0,3 ml</b> <input type="checkbox"/> <b>Nuvaxovid 5 mkg - 0,5 ml</b>  Batch-/lotnummer: <small>Plats för etikett om sådan används</small>	<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: Vänster arm <input type="checkbox"/> Höger arm <input type="checkbox"/>

Ordinatörens namn (texta tydligt)

Signatur

Vaccinatörens namn (texta tydligt)

Signatur

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