

Upprättare: Linda E Ackerot

Fastställare: Annika Mattsson

## Remiss Bedömning av Covid-19 vaccination av personer med förhöjd risk för allvarlig allergisk reaktion, Hälso- och sjukvård

I fylls av remittent:

 Remittent: \_\_\_\_\_  
 Enhet: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

Patient id
------------

Är <a href="#">utökad hälsodeklaration</a> ifylld? Nej <input type="checkbox"/> Följ instruktionerna på utökade hälsodeklarationen. Ja <input type="checkbox"/> Om <b>ja</b> på någon av frågorna 2-4 fyll i remissen nedan. <b>Bifoga utökade hälsodeklarationen</b> , och skicka båda till infektionsmottagningen.	
<b>Har patienten mätbara antikroppar mot Covid-19 i serum?</b> Vet ej - Ta prov för <a href="#">serumantikroppar</a> . Ja <input type="checkbox"/> } Patienten kan vara aktuell för vaccination, skicka remiss till infektionskliniken för bedömning. Nej <input type="checkbox"/> }	
Har patienten haft en allergisk reaktion som krävt sjukhusvård, mot vaccin eller annat injicerat läkemedel? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Finns sjukhusvården dokumenterad i journal? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om <b>Ja</b> – Vilken journal ..... Datum:..... Om <b>Nej</b> Beskriv typ av reaktion:  Beskriv behandling:	
Har patienten haft upprepade anafylaxier mot läkemedel? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Har patienten systemisk mastocytos eller hereditärt angioödem? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
<b>Finns individuella riskfaktorer för förhöjd risk för svår Covid-19?</b>	
Ålder >60 år Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Cancer Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Njursvikt Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> KOL Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> BMI >30 Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Organtransplantation Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Kardiovaskulär sjukdom Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Sickle cell anemi Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus typ 2 Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Downs syndrom Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<b>Remittentens bedömning över nyttan av vaccination mot risken:</b>	
Patient föredrar vaccination på sjukhus: <input type="checkbox"/> Gävle sjukhus <input type="checkbox"/> Bollnäs sjukhus <input type="checkbox"/> Hudiksvalls sjukhus	
<b>I fylls av den som besvarar remissen:</b>	
Remissen bedömd av: Namn: Datum:	<b>Patienten accepteras för vaccination</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om <b>nej</b> – Patienten får brevmail med besked om avslag och motivering.	Om <b>ja</b> – Läkare som bedömt remissen skriver journalanteckning eftersom patientens besök på vaccinationscentrum med narkosberedskap räknas som ett mottagningsbesök.
Patienten kallas enligt närhetsprincip och/eller enligt önskemål. <input type="checkbox"/> Gävle Sjukhus <input type="checkbox"/> Bollnäs sjukhus <input type="checkbox"/> Hudiksvalls sjukhus	

## Formulär

2(2)

**Dokumentnamn:** Remiss Bedömning av Covid-19 vaccination av personer med förhöjd risk för allvarlig allergisk reaktion, Hälso- och sjukvård

**Dokument ID:** 09-542315

**Giltigt t.o.m.:** 2025-08-30

**Revisionsnr:** 5

### Länkar

[Rutiner och informationsmaterial - Region Gävleborg \(regiongavleborg.se\)](https://regiongavleborg.se)

[Handläggning Covid-vaccination vid svår allergi som kräver narkosberedskap, Infektionsmottagning](#)

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet