

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 utökad hälsodeklaration ifylld? Nej <input type="checkbox"/> Följ instruktionerna på utökade hälsodeklarationen. Ja <input type="checkbox"/> Om ja på någon av frågorna 2-4 fyll i remissen nedan. Bifoga utökade hälsodeklarationen , och skicka båda till infektionsmottagningen.	
Har patienten mätbara antikroppar mot Covid-19 i serum? Vet ej - Ta prov för serumantikroppar . 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 Ja – Vilken journal Datum:..... Om Nej 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"/>	
Finns individuella riskfaktorer för förhöjd risk för svår Covid-19?	
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"/>
Remittentens bedömning över nyttan av vaccination mot risken:	
Patient föredrar vaccination på sjukhus: <input type="checkbox"/> Gävle sjukhus <input type="checkbox"/> Bollnäs sjukhus <input type="checkbox"/> Hudiksvalls sjukhus	
I fylls av den som besvarar remissen:	
Remissen bedömd av: Namn: Datum:	Patienten accepteras för vaccination <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om nej – Patienten får brevmail med besked om avslag och motivering.	Om ja – 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.: 2024-08-30

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