

Reviderat datum: 2026-03-10

Publicerat för Barnmorskemottagningar, Regionhälsan

Hälsodeklaration vaccination barnmorskemottagning VGR

Ifylles av dig som ska vaccineras:

Tänk på att du ska vara frisk, utan feber eller infektion när du ska vaccinera dig.

Vaccinationsdatum:

Personnummer:

Namn:

1. Känner du dig frisk idag utan tecken på infektion som exempelvis feber?

JA **NEJ**

2. Är du gravid?

3. Har du vaccinerat dig under den senaste månaden?

- Om Ja, vilket vaccin och när?

4. Har du ökad blödningsbenägenhet pga sjukdom eller medicin?

- Om Ja, vilken sjukdom eller medicin?

5. Har du någon sjukdom som påverkar immunförsvaret?
6. Har du immunbrist?
7. Är du transplanterad?
8. Är du mjältopererad eller saknar du mjälte?
9. Behandlas du med medicin som nedsätter immunförsvaret (kortisonpiller, tumörbehandling eller annan immunhämmande behandling)?
10. Har du tidigare fått någon kraftig reaktion i samband med att du blivit vaccinerad?
11. Är du allergisk mot ägg?
12. Är du allergisk mot något läkemedel?
13. Har du någon annan allvarlig allergi?

Om Ja, vilken allergi?

-
14. Är du personal inom hälso- och sjukvård och har patientkontakt?
15. Är syftet med vaccinationen en resa?
- Om Ja, vad är resans syfte?
-

Ifylls av barnmorska som utför vaccinationen på Barnmorskemottagning Regionhälsan

Information till vaccinatör

OBS! Inför vaccination beakta kontraindikationer och överväganden för aktuellt vaccin (se respektive rutin/riktlinje).

Namn på vaccinet: _____

Vaccinationsdatum: _____ Batchnr: _____

Lokalisation i.m: hö överarm vä överarm Annat ställe: _____

Vaccinerats av: _____ Signatur: _____

Efterregistrering sker i MittVaccin. Vid maternell vaccination efterregistreras/ dokumenteras givet vaccin även i MHV2.