

Namn:	Telefon:
Personnummer:	Frågor markerade med en "punkt" är obligatoriska för personer i Kommunal Vård och Omsorg.
Frågor till dig som ska vaccineras	
1. Känner du dig frisk idag utan tecken på infektion, som exempelvis feber? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om nej, kommentera:	
2. Är du gravid? Kommentar: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	
3. Har du vaccinerat dig under den senaste månaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Om Ja, vilket vaccin?: När?:	
• 4. Har du ökad blödningsbenägenhet pga sjukdom eller medicin? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Om Ja, vilken sjukdom alternativt medicin?:	
5. Har du någon sjukdom som påverkar immunförsvaret? Har du immunbrist? Är du transplanterad? Är du mjältopererad eller saknar du mjälte? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Om Ja, vilken sjukdom:	
6. Behandlas du med medicin som nedsätter immunförsvaret? (kortisonpiller, tumörbehandling eller annan immunhämmande behandling) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Om Ja, vilken behandling för vilken sjukdom:	
• 7. Har du tidigare fått någon kraftig reaktion i samband med att du blivit vaccinerad? Kommentar: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	
• 8. Är du allergisk mot ägg? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Om Ja, vilken reaktion?	
9. Är du allergisk mot något läkemedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Om Ja, vilket läkemedel	
• 10. Har du någon annan allvarlig allergi? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Om Ja, vad är du allergisk emot och har det krävt sjukhusvård?	
11. Är du personal inom hälso- och sjukvård och har patientkontakt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
12. Är syftet med vaccinationen inför en resa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, Turistresa? Arbetsresa? Sjukvårdsarbete? Hälsa på släkt och vänner?	
Resmål (ange alla resmål):	
Datum för avresa: Datum för hemkomst:	
<input type="checkbox"/> Hälsodeklarationen är ifylld av vårdnadshavare	
Signatur	Datum

För vaccinerande enhet

Ordinatór:			
Ordinationsdatum:			
Vaccinatör:			
Vaccinationsdatum:			
Vaccin:			
Dosnummer:			
Batch-/lotnummer:			
Lokalisation:	Höger arm <input type="checkbox"/>	Vänster arm <input type="checkbox"/>	Annat <input type="checkbox"/>
Administreringssätt:	IM <input type="checkbox"/>	SC <input type="checkbox"/>	

För vaccinerande enhet

Ordinatór:			
Ordinationsdatum:			
Vaccinatör:			
Vaccinationsdatum:			
Vaccin:			
Dosnummer:			
Batch-/lotnummer:			
Lokalisation:	Höger arm <input type="checkbox"/>	Vänster arm <input type="checkbox"/>	Annat <input type="checkbox"/>
Administreringssätt:	IM <input type="checkbox"/>	SC <input type="checkbox"/>	

För vaccinerande enhet

Ordinatór:			
Ordinationsdatum:			
Vaccinatör:			
Vaccinationsdatum:			
Vaccin:			
Dosnummer:			
Batch-/lotnummer:			
Lokalisation:	Höger arm <input type="checkbox"/>	Vänster arm <input type="checkbox"/>	Annat <input type="checkbox"/>
Administreringssätt:	IM <input type="checkbox"/>	SC <input type="checkbox"/>	

För vaccinerande enhet

Ordinatór:			
Ordinationsdatum:			
Vaccinatör:			
Vaccinationsdatum:			
Vaccin:			
Dosnummer:			
Batch-/lotnummer:			
Lokalisation:	Höger arm <input type="checkbox"/>	Vänster arm <input type="checkbox"/>	Annat <input type="checkbox"/>
Administreringssätt:	IM <input type="checkbox"/>	SC <input type="checkbox"/>	