

Hälsodeklaration inför samvaccination

Anpassad för vaccination mot covid -19 och influensa

Fyll i en hälsodeklaration per person och dos

Namn: Personnummer:

Frågor till dig som ska vaccineras

Inför vaccinationen ber dig att svar på följande frågor:

- | | JA | NEJ | VET EJ |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Är du allergisk mot ägg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om ja, vilken medicin?

För vaccinerande enhet

Ordinatör:	Ordinationsdatum:
Vaccinatör:	Vaccinationsdatum:
Vaccin nr 1:	Batch-/lotnummer:
Lokalisation: Vä arm <input type="checkbox"/> Hö arm <input type="checkbox"/>	Administrationssätt: Intramuskulärt <input type="checkbox"/> Subcutant <input type="checkbox"/>
Vaccin nr 2:	Batch-/lotnummer:
Lokalisation: Vä arm <input type="checkbox"/> Hö arm <input type="checkbox"/>	Administrationssätt: Intramuskulärt <input type="checkbox"/> Subcutant <input type="checkbox"/>