

# Hälsodeklaration inför vaccination

Anpassad för vaccination mot influensa och covid -19 av äldre personer inom kommunal vård och omsorg.

Namn: ..... Personnummer: .....

## Frågor till dig som ska vaccineras

Inför vaccinationen ber vi dig svara 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

Ordinator:	Ordinationsdatum:
Vaccinator:	Vaccinationsdatum:
Vaccin nr 1:	Batch-/lotnummer:
Administreringsätt: Intramuskulärt <input type="checkbox"/> Subcutant <input type="checkbox"/>	Lokalisation: Höger arm <input type="checkbox"/> Vänster arm <input type="checkbox"/> Ev. annan:
Vaccin nr 2:	Batch-/lotnummer:
Administreringsätt: Intramuskulärt <input type="checkbox"/> Subcutant <input type="checkbox"/>	Lokalisation: Höger arm <input type="checkbox"/> Vänster arm <input type="checkbox"/> Ev. annan: