

Hälsodeklaration / Frågeformulär inför covid-19 vaccination

2022-10-26

Namn _____

Personnummer _____

Inför din vaccination ber vi dig svara på följande frågor

1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu? Ja ☐ Nej ☐
2. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination och behövt sjukhusvård? Ja ☐ Nej ☐
3. Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin? Ja ☐ Nej ☐
4. Är du gravid? Ja ☐ Nej ☐
5. Har du ett nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller medicin? Ja ☐ Nej ☐
6. Har du fått vaccin mot Apkoppor under de senaste 14 dagarna? Ja ☐ Nej ☐

Förra vaccindosen tog jag; år _____ månad _____ dag _____

Nu ska jag ta dos nummer

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen

Indikation för covid-19 vaccination		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ordination:			
<input type="checkbox"/> Comirnaty original 30 µg/dos, 0,3 ml/dos		<input type="checkbox"/> Comirnaty uppdaterat 15/15 µg/dos, 0,3 ml/dos	
<input type="checkbox"/> Annat vaccin			
Vaccinationsdatum: _____			
Administreringssätt:			
Hö arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/>		Vä arm <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/>	
Batch-/lotnummer: _____		Ev. annan lokalisation för administrering: _____	
Kundgrupp (se lathund)			
SÄBO hemsjukvård/hemtjänst		Ja <input type="checkbox"/>	
Personal kommun/region patientnära arbete		Ja <input type="checkbox"/>	
Medicinsk riskgrupp (utanför aktuell åldersgrupp)		Ja <input type="checkbox"/>	
		Vaccinationen införd i journal/vaccinregister <input type="checkbox"/>	

Ordinatörens namn: _____

Vaccinatörens namn: _____ Signatur: _____