Handläggare
Vaccinationsenheten Region Sörmland

Datum
2022-01-18

Dokumentnummer

Samtycke till vaccinering mot Covid-19

Barnets namn ***Personnummer***

Om barnet har två vårdnadshavare ska blanketten vara underskriven av båda.

☐ Ja, vi samtycker till att vårt barn vaccineras. Samtycket medger vaccination av både dos1 och dos2.

Ort:_____ Datum:_____

***Förälders/vårdnadshavares namnteckning - Namnförtydligande - Telefon dagtid**

Ort:_____ Datum:_____

Om barnet har en vårdnadshavare gäller både underskrift och intygande om att du är ensam vårdnadshavare.

☐ Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras. Samtycket medger vaccination av både dos1 och dos2.

☐ Jag är ensam vårdnadshavare.

Ort:_____ Datum:_____

***Förälders/vårdnadshavares namnteckning - Namnförtydligande - Telefon dagtid**

Blanketten skannas till journalen.

REGION SÖRMLAND

Hälsodeklaration för barn inför covid-19 vaccination 2022-01-12 version 2

Barnets namn | Personnummer

Namn på vårdnadshavare som svarar på frågor | Telefonnummer/Mobilnummer till dig som svarar på frågorna

Inför barnets vaccination ber vi vårdnadshavare svara på följande frågor

1. Har barnet feber och/eller någon akut infektion nu? Ja ☐ Nej ☐
2. Har barnet reagerat med anafylaxi (allergisk chock) så barnet behövt adrenalin (ex. Epi-pen) och behövt akut inneliggande vård på sjukhus efter en vaccination eller en injektion av annat läkemedel? Ja ☐ Nej ☐
3. Har barnet reagerat med anafylaxi (allergisk chock) så barnet behövt adrenalin (ex. Epi-pen) och behövt akut inneliggande vård på sjukhus på grund av något annat än vaccination eller injektion av läkemedel? Ja ☐ Nej ☐
4. Tar barnet blodförtunnande medicin, t.ex. Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto, Lixiana eller Eliquis regelbundet? (gäller ej Trombyl) Ja ☐ Nej ☐
5. Har barnet blödarsjuka eller annan ökad blödningsbenägenhet? Ja ☐ Nej ☐
6. Har barnet ett nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller medicin? Ja ☐ Nej ☐
7. Har barnet fått något annat vaccin under de senaste 7 dagarna? Ja ☐ Nej ☐

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen

Indikation för covid-19 vaccination	Ja ☐		Nej ☐
Vaccinationsdatum:	Planerat datum för nästa dos:		
Covid- 19 vaccin namn	Dos 1 ☐	Dos 2 ☐	Dos 3 ☐ Dos 4 ☐
Administreringssätt: **Hö arm** ☐ i.m. ☐ s.c. ☐	**Vä arm** ☐ i.m. ☐ s.c. ☐		
Batch-/lotnummer:	Ev. annan lokalisation för administrering:		
Ev. kommentar:			
	Vaccinationen införd i journal/vaccinregister ☐		

Ordinatörens namn: _____

Vaccinatörens namn: _____Signatur: _____

Region Sörmland
Tel: 0155-24 50 00
Repslagaregatan 19
E-post: post@regionsormland.se
611 88 Nyköping
Org.nr: 232100 - 0032