

Vaccinatör: _____

Injektionsställe: Vä _____ Hö _____

HÄLSODEKLARATION - VUXNA

Lot nr: _____

Vaccination mot influensa och pneumokocker

Vaccinationsdatum _____

Personnummer _____

Fyll i en hälsodeklaration per person.
Gäller personer 18 år eller äldre.

Namn _____

Har du allergi mot ägg? Ja NejHar du haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård? Ja NejHar du reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer? Ja NejHar du blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet? Ja NejBehandlas du med blodförtunnande läkemedel? Ja NejHar du någon kronisk sjukdom? Ja Nej

Om ja, har du:

Kronisk lungsjukdom, inklusive astma Ja NejKraftig övervikt (BMI>40) Ja NejNeuromuskulär sjukdom (till exempel MS) Ja NejKronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck) Ja NejÖkad risk för infektioner Ja Nej

(Till exempel immunbristsjukdom, men också andra tillstånd såsom cancer eller autoimmunitet där sjukdomen i sig eller behandlingen medför en ökad risk för infektioner)

Kronisk lever- eller njursvikt Ja NejDiabetes mellitus Ja NejCP/multifunktionshandikapp Ja NejÄr du gravid? Ja Nej

Om ja, vilken graviditetsvecka: _____

Har din mjälte opererats bort? Ja NejSamtycker du till att dina vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare? Ja Nej_____
Namnunderskrift av den som ska vaccineras**Ifylles av vaccinatör:**Indikation för vaccination med konjugerat pneumokockvaccin Ja Nej

Om patienten behandlas med antikoagulantia var god se:

www.smittskyddstockholm.se >> Vaccination vid behandling med orala antikoagulantia