

Hälsodeklaration inför vaccination

Namn	Personnummer
------	--------------

Datum

Fylls i av dig som ska vaccineras:

Gäller vaccin mot

- | | |
|--|--|
| 1. Har du feber 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 allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner, som du har behövt sjukhusvård för? | Ja ☐ Nej ☐ |
| 4. Har du allergi mot ägg som medför att du inte kan äta ägginnehållande födoämnen, till exempel sockerkaka? | Ja ☐ Nej ☐ |
| 5. Har du konstaterad allergi mot formaldehyd (formalin)? | Ja ☐ Nej ☐ |
| 6. Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin? | Ja ☐ Nej ☐ |
| 7. Har du någon sjukdom eller medicin som påverkar ditt immunförsvar? | Ja ☐ Nej ☐ |
| 8. Har du en neurologisk sjukdom (gäller inte stroke) eller har du tidigare fått neurologiska symtom efter en vaccination? | Ja ☐ Nej ☐ |
| 9. Är du gravid eller ammar du? | Ja ☐ Nej ☐ |
| 10. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 4 veckorna? | Ja ☐ Nej ☐ |

Detta underlag ska makuleras efter att informationen registrerats digitalt

Utarbetad av: Medicinsk vaccinationsgrupp