REGION DALARNA

BLANKETT

Godkänt	Versionsnummer
2023-11-06	3.0
Giltigt t.o.m	**Diarienummer**

Hälsodeklaration för vaccination mot Covid-19, influensa och pneumokocker

Denna sida fylls i av dig som ska bli vaccinerad

Namn_____

Personnummer _____

Ringa in ditt alternativ

1. Känner du dig frisk idag utan tecken på infektion som exempelvis feber? 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. Behandlas du med blodförtunnande läkemedel, eller har ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom? Ja Nej

5. Är du gravid? Graviditetsvecka_____ Ja Nej

6. Har du vaccinerats under de senaste 7 dagarna? Ja Nej

Denna sida fylls i av den som ger vaccinationen

Vägledning för avvikande svar, om JA på fråga:

1: Vid pågående infektion med feber eller annan akut sjukdom bör vaccination skjutas på.

2-3: Se vägledning *Handläggning vid uppgiven överkänslighet i samband med vaccination mot Covid-19, influensa och pneumokocker.* Rådgör vid behov med läkare.

4: Se vägledning *Vaccinering vid Waran OAK Region Dalarna.* Rådgör vid behov med läkare.

5: Se rekommendationerna för gravida.

6: Många vaccin kan ges med mindre än 7 dagars mellanrum. Rådgör vid behov med läkare.

Namn på dig som ger vaccinationen:_____

Datum för vaccinationen:_____ **tid:**_____

Influensa (För levande influensavaccin, som ges som nässpray, bör ytterligare frågor ställas)
Vaccinet har getts i: Vänster arm ☐ Höger arm ☐ Annan lokal:_____

Vaccinnamn:_____

Batchnummer_____

Covid-19

Vaccinet har getts i: Vänster arm ☐ Höger arm ☐ Annan lokal:_____

Vaccinnamn:_____

Batchnummer_____

Pneumokocker

Vaccinet har getts i: Vänster arm ☐ Höger arm ☐ Annan lokal:_____

Vaccinnamn:_____

Batchnummer_____