

Reservrutin Hälsodeklaration inför Covid-19 & Influensa vaccination

Förnamn	Efternamn
Personnummer	

Vänligen svara på samtliga frågor och ta med formuläret vid vaccinationstillfället. Är du osäker på någon fråga så kan du prata med personalen på plats.

1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? Ja Nej
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för? Ja Nej
3. Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin? Ja Nej
4. Är du gravid? Ja Nej
5. Är du allergisk mot ägg? Ja Nej
6. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna? Ja Nej

Sjukvårdens anteckningar

Instruktion till dig som vaccinerar gällande fråga 1-6

- Om personen svarat JA på fråga 1 och/eller 2: Rådgör med en läkare.
- Om personen svarat JA på fråga 3: OBS Injektionen måste ges intramuskulärt. Se dokument "56444 - Vaccination av patienter med blodförtunnande behandling" alt. Dokument "56684 - Vaccination av patient med blödningsjukdom"
- Om personen svarat JA på fråga 4: Alla gravida erbjuds vaccination mot covid-19 och Influensa efter graviditetsvecka 12.
- Om personen svarat ja på fråga 5: Patienter som kan äta ägg i mat kan vaccineras som vanligt. Personer som reagerat med anafylaxi efter att ha ätit produkter innehållande ägg i ska inte vaccineras mot Influensa utan att bedömning av allergolog har gjorts.
- Om personen svarat JA på fråga 6: Om personen är nyligen vaccinerad ska minst 7 dagar ha passerat sedan dess för att vaccination mot covid-19 och Influensa ska kunna vara aktuell.

Datum	Tid	Ordinatör	Signatur
Vaccin	Dos	Batchnummer	

Administrationssätt:

 intramuskulärt

Lokalisation:

 vänster arm höger arm_____
Signatur_____
Namnförtydligande