

Hälsodeklaration / Frågeformulär inför covid-19 vaccination

2021-03-02 version 6

Patientuppgifter:

Namn

Personnummer

Inför din vaccination ber vi dig svara på följande frågor

1. Har du feber och/eller någon akut infektion nu? Ja ☐ Nej ☐
2. Har du reagerat med anafylaxi (allergisk chock) så du behövt adrenalin (ex. Epi-pen) och behövt akut inläggande vård på sjukhus efter en vaccination eller en injektion av annat läkemedel? Ja ☐ Nej ☐
3. Har du reagerat med anafylaxi (allergisk chock) så du behövt adrenalin (ex. Epi-pen) och behövt akut inläggande vård på sjukhus på grund av något annat än vaccination eller injektion av läkemedel? Ja ☐ Nej ☐
4. Tar du blodförtunnande medicin, t.ex. Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto, Lixiana eller Eliquis regelbundet? (gäller ej Trombyl) Ja ☐ Nej ☐
5. Har du blödarsjuka eller annan ökad blödningsbenägenhet? Ja ☐ Nej ☐
6. Har du ett nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller medicin? Ja ☐ Nej ☐
7. Är du gravid? Ja ☐ Nej ☐
8. Har du 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 dos 2:		
Covid- 19 vaccin namn	Dos 1 ☐	Dos 2 ☐	
Administreringssätt: Hö arm ☐ i.m. ☐ s.c. ☐ Vä arm ☐ i.m. ☐ s.c. ☐			
Batch-/lotnummer:	Ev. annan lokalisering för administrering:		
Ev. kommentar:			
		Vaccinationen införd i journal/vaccinregister ☐	

Ordinatörens namn: _____

Vaccinatörens namn: _____ Signatur: _____