



Denna hälsodeklaration har tagits fram av Smittskydd Västra Götaland. Version 2 - januari 2021
www.vgregion.se/smittskydd

Vaccination mot covid -19

Hälsodeklaration – vuxna

Innehåller ruta för ordination

Fyll i en hälsodeklaration per person och dos.

Namn:

Personnummer:

Frågor till dig som ska vaccineras

Inför vaccinationen mot covid -19 ber vi dig svara på följande frågor:

	Ja	Nej	Vet ej
1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Är du gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har du vaccinerat dig mot influensa någon gång under de senaste 14 dagarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Samtycker du till att dina vaccinationsuppgifter kan läsas av andra vårdnadsgivare?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Instruktion till dig som vaccinerar gällande fråga 1 – 5:

- Om personen svarat JA på fråga 1 och/eller 2: rådgör med en läkare.
- Om personen svarat JA på fråga 3: OBS att injektionen måste ges intramuskulärt. Följ regional instruktion för intramuskulär injektion av personer med ökad risk för blödning från Terapigrupp Blod, [Covid-19 vaccination – intramuskulär injektion](#).
- Om personen svarat JA på fråga 4: Denna person ska inte vaccineras.
- Om personen svarat JA på fråga 5: Om personen är influensavaccinerad ska minst 14 dagar ha passerat sedan dess för att vaccination mot covid-19 ska kunna vara aktuell.

För vaccinerande enhet

Ordinatör:		Ordinationsdatum:	
Vaccinatör:		Vaccinationsdatum:	
Covid -19 vaccin namn:		Batch-/lotnummer:	
Lokalisation: vä arm <input type="checkbox"/>	hö arm <input type="checkbox"/>	Dos 1 <input type="checkbox"/>	Dos 2 <input type="checkbox"/>
Ev. annan:		Ev. kommentar:	