

## HÄLSODEKLARATION - BARN och UNGDOM

Vaccination mot influensa och pneumokocker

Vaccinationsdatum \_\_\_\_\_

Fyll i en hälsodeklaration per person.  
Gäller barn/ungdom under 18 år.  
Vårdnadshavares underskrift krävs.

Personnummer \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Har ditt barn/ungdom allergi mot ägg?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Har ditt barn/ungdom haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Har ditt barn/ungdom reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Har ditt barn/ungdom blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Behandlas ditt barn/ungdom med blodförtunnande läkemedel?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Har ditt barn/ungdom någon kronisk sjukdom?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Om ja, har ditt barn/ungdom:		
Kronisk lungsjukdom, inklusive astma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Kraftig övervikt (BMI>40)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Neuromuskulär sjukdom (till exempel MS)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Ökad risk för infektioner (Till exempel immunbristsjukdom, men också andra tillstånd såsom cancer eller autoimmunitet där sjukdomen i sig eller behandlingen medför en ökad risk för infektioner)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Kronisk lever- eller njursvikt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
CP/multifunktionshandikapp	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Är ditt barn/ungdom gravid?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Om ja, vilken graviditetsvecka: _____		
Har ditt barn/ungdoms mjälte opererats bort?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Jag samtycker till att mitt barn/undom vaccineras.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej

\_\_\_\_\_  
Namnunderskrift vårdnadshavare

\_\_\_\_\_  
Namnunderskrift vårdnadshavare

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

### Ifylles av vaccinatör:

Indikation för vaccination med konjugerat pneumokockvaccin  Ja  Nej

Om patienten behandlas med antikoagulantia var god se:

[www.smittskyddstockholm.se](http://www.smittskyddstockholm.se) >> Vaccination vid behandling med orala antikoagulantia