

HÄLSODEKLARATION - VUXNA

Vaccination mot influensa och pneumokocker

Vaccinationsdatum _____

Personnummer _____

Fyll i en hälsodeklaration per person.
Gäller personer 18 år eller äldre.

Namn _____

Har du allergi mot ägg? Ja Nej

Har du haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård? Ja Nej

Har du reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer? Ja Nej

Har du blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet? Ja Nej

Behandlas du med blodförtunnande läkemedel? Ja Nej

Har du någon kronisk sjukdom? Ja Nej

Om ja, har du:

Kronisk lungsjukdom, inklusive astma Ja Nej

Kraftig övervikt (BMI>40) Ja Nej

Neuromuskulär sjukdom (till exempel MS) Ja Nej

Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck) Ja Nej

Ökad risk för infektioner Ja Nej

(Till exempel immunbristsjukdom, men också andra tillstånd såsom cancer eller autoimmunitet där sjukdomen i sig eller behandlingen medför en ökad risk för infektioner)

Kronisk lever- eller njursvikt Ja Nej

Diabetes mellitus Ja Nej

CP/multifunktionshandikapp Ja Nej

Är du gravid? Ja Nej

Om ja, vilken graviditetsvecka: _____

Har din mjälte opererats bort? Ja Nej

Är du vårdpersonal anställd inom regionens vårdverksamhet? Ja Nej

Är du vård-/omsorgspersonal anställd inom SÄBO/Hemtjänst? Ja Nej

Samtycker du till att dina vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare? Ja Nej

Namnunderskrift av den som ska vaccineras

Ifylles av vaccinatör:

Indikation för vaccination med konjugerat pneumokockvaccin Ja Nej

Om patienten behandlas med antikoagulantia var god se:

www.smittskyddstockholm.se >> Vaccination vid behandling med orala antikoagulantia