

## HÄLSODEKLARATION – VUXNA för vaccination mot covid-19

Fyll i en hälsodeklaration per person

**Gäller personer 18 år och äldre**

Vaccinationsdatum: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

**Namnunderskrift av dig som ska vaccineras**

  

---

Ifylls av dig som ska vaccineras:

**JA      NEJ**

1. Har du reagerat med svår allergisk reaktion på något födoämne, insektsstick, latex, vaccin eller annat injicerat läkemedel?

Med svår allergisk reaktion menas att det krävs övervakning och behandling på sjukhus eller hälsocentral (om personen inte själv kan svara – finns allergi dokumenterat i journal?)

2. Är du gravid?

3. Har du blödarsjuka eller annan ökad blödningsbenägenhet?

4. Behandlas du med blodförtunnande läkemedel?

Om JA, vilket läkemedel: Waran, Eliquis, Pradaxa, Xaralto eller Lixiana (ringa in namnet).

5. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 14 dagarna?

**Samtycker du till att dina vaccinationsuppgifter kan läsas av andra vårdgivare?**

**Ja**       **Nej**

### Information till vaccinatör

Om minst ett JA på fråga 1-3 avstå just nu. Läkarbedömning behövs.

Om JA på fråga 4 ge vaccinet, sätt kompression på insticksstället och observera under 10 minuter efter injektionen. **OBS** – vid Waran krävs färskt PK-prov och läkarbedömning.

Om JA på fråga 5, om personen nyligen är vaccinerad ska minst 14 dagar ha passerat sedan dess för att vaccination mot covid-19 ska kunna vara aktuell.

### Vem får ordinera Covid-19 vaccin?

Läkare och Specialistsjuksköterska med ordinationsrätt får ordinera till personer boende i Sverige som är 18 år och äldre.

### Ifylls av vaccinatör:

Namn på vaccinet: \_\_\_\_\_

Ordinatör: \_\_\_\_\_

Vaccinationsdatum: \_\_\_\_\_

Batchnr: \_\_\_\_\_

**Dos 1**       **Dos 2**

### Lokalisation:

hö överarm

vä överarm

Annat ställe \_\_\_\_\_

Vaccinerats av \_\_\_\_\_ Signatur \_\_\_\_\_