

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, till exempel waranbehandling? Ja Nej

Har du någon kronisk sjukdom eller avsaknad av mjälte? 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 immunsbristsjukdom, men också andra tillstånd såsom cancer eller autoimmunitet
där sjukdomen i sig eller behandlingen medför en ökad risk för infektioner)

Indikation för vaccination med konjungerat pneumokockvaccin Ja Nej

(Nedsatt mjältefunktion; Gravt nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller behandling, till exempel
organtransplantation, cytostatikabehandling eller behandling med motsvarande >15 mg prednisolon/dag,
annan kraftigt immunsupprimerande medicinering eller TNF-hämmare i kombination med annan immun
nedsättande behandling; Nefrotiskt syndrom; Cochleaimplantation; Likvorläckage; Cystisk fibros)

Kronisk lever- eller njursvikt Ja Nej

Diabetes mellitus Ja Nej

CP/multifunktionshandikapp Ja Nej

Är du gravid? Ja Nej

Om ja, vilken graviditetsvecka:

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

Namnunderskrift av den som ska vaccineras

Namnförtydligande