

Vaccination mot pneumokocker

Hälsodeklaration

Fyll i en hälsodeklaration per person

Namn:

Personnummer:

Frågor till dig som ska vaccineras

Inför vaccinationen mot pneumokocker 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"/> |
| Om ja, vilken medicin? | | | |
| 4. Är du gravid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du nyligen (inom 2 månader) vårdats för lunginflammation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Har du vaccinerats mot pneumokocker tidigare? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om ja, när?

Ordinatör:		Ordinationsdatum:
Vaccinatör:		Vaccinationsdatum:
Vaccin:	Batch-/lotnummer:	
Lokalisation: Vä arm <input type="checkbox"/> Hö arm <input type="checkbox"/> Ev. annan:	Ev. kommentar:	
Medicinsk riskgrupp eller ålder ≥ 75 år? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Mottagning/enhet:	