

Vaccination mot Covid-19

Fyll i en blankett per person och dos.

HÄLSODEKLARATION

Fylls i av dig som ska vaccineras

1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? Ja Nej
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du behövt sjukhusvård för? Ja Nej
3. Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a sjukdom eller medicin? Ja Nej
4. Är du gravid? Ja Nej
5. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna? Ja Nej

Instruktion till vaccinationsmottagningen gällande fråga 1-5

- Om personen svarat JA på fråga 1 och/eller 2: Gör en bedömning enligt riktlinje för Vaccination mot Covid 19 från Svenska föreningen för allergologi. Den utökade hälsodeklarationen finns också som ett stöd i handläggningen. Vid behov kontakta HC alternativt utsedd läkare på vaccinerande enhet.
- Om personen svarat JA på fråga 3: OBS att injektionen måste ges intramuskulärt. Följ lokala instruktioner för intramuskulär injektion av personer med ökad risk för blödning. Alternativt läs mer på janusinfo.se.
- Om personen svarat JA på fråga 4: Gravida rekommenderas vaccination dos 1 om de passerat v 12+0. För dos 2 finns ingen tidsgräns vad gäller graviditetsvecka.
- Om personen svarat JA på fråga 5: Om personen är nyligen vaccinerad ska minst 7 dagar ha passerat sedan dess för att vaccination mot covid-19 ska kunna vara aktuell.

Vaccination mot Covid-19

För personer födda 2005-18 år

Godkänd mognadsbedömning

Samtycke från vårdnadshavare muntligt

skriftligt

Namn

Personnummer

Hälsocentral (listad eller tilldelad)

ORDINATION OCH DOKUMENTATION (fylls i av personal)

Behandling med Waran/NOAK (*Pradaxa, Xarelto, Eliquis eller Lixiana*)
eller ökad blödningsrisk av annan orsak, komprimera i 10 minuter efter injektion.

Har tidigare haft en allvarlig allergisk reaktion

Bedömning har gjorts enligt riktlinje för Vaccination mot Covid 19 från Svenska föreningen för allergologi. Vaccinationen ska ges på plats där det finns möjlighet till akutbehandling ex HC. Personen ska stanna kvar 30 minuter för observation

Vaccinationsdatum:

Utförande mottagning/enhet:

Covid- 19-vaccin, Batch-/lotnummer:

Dos 1 Dos 2 Extra dos

Administrering:

Höger arm Vänster arm

Ev. annan lokalisation för administrering eller övrig kommentar:

Ordinatörens namn

Signatur

Vaccinatörens namn

Signatur

Denna informationsblankett ska skrivas ut dubbelsidig med en fram och en baksida.