Region Skåne
Utvecklingsenheten barnhälsa
Avdelning för hälso- och sjukvårdsstyrning

Arbetsblad för kompletterande vaccinationer på BVC

Arbetsblad skickas via e-post till: utvecklingsenhet.barnhalsa@skane.se

Barnets initialer:	Födelsedatum (6 siffror):	Barnets ålder (år och månader):
Anamnes:		
Ditt namn:	BVC:	E-post:

Vaccination mot	**Ålder för vaccination enligt svenska vaccinationsprogrammet**	**Tidigare erhållna doser. Datum**	**Barnets ålder**	**Förslag fortsatt vaccination. Antal doser, intervall, tidpunkt.**
Tuberkulos	6 veckor riskgrupp			

Vaccination mot	**Ålder för vaccination enligt svenska vaccinationsprogrammet**	**Tidigare erhållna doser** **Datum**	**Barnets ålder**	**Förslag fortsatt vaccination** **Antal doser, intervall, tidpunkt**
Rotavirus	6 veckor, 3 månader, 5 månader			
Difteri, stelkramp, kikhosta	3, 5 och 12 månader, samt vid 5 år			
Polio (IPV)	3, 5 och 12 månader, samt vid 5 år			

Vaccination mot	**Ålder för vaccination enligt svenska vaccinationsprogrammet**	**Tidigare erhållna doser** **Datum.**	**Barnets ålder**	**Förslag fortsatt vaccination** **Antal doser, intervall, tidpunkt**
Haemophilus influenzae typ b	3, 5 och 12 månader			
Invasiva pneumokocker	3, 5 och 12 månader			
Hepatit B	3, 5 och 12 månader			

Vaccination mot	**Ålder för vaccination enligt svenska vaccinationsprogrammet**	**Tidigare erhållna doser** **Datum**	**Barnets ålder**	**Förslag fortsatt vaccination.** **Antal doser, intervall, tidpunkt**
Mässling, påssjuka, röda hund	18 mån, årskurs 1-2			
Annat (t.ex oralt poliovaccin (OPV) meningokocker, varicella etc.)				

Förslag utfärdat av/datum: _____

OBS! Ordination av planerade vaccinationer ska dokumenteras av ansvarig sjuksköterska/läkare i barnets journal.