

ARBETSBLAD FÖR KOMPLETTERANDE VACCINATIONER PÅ BVC (skickas via e-post till; mailto:kunskapscentrum.bhv.pv@skane.se)				
Barnets ålder (år och månader):				
Anamnes:				
Ditt namn:		BVC:		E-post:
Vaccination mot	Ålder för vaccination enligt nationella vaccinationsprogrammet	Ev. tidigare erhållna doser		Förslag för fortsatt vaccination Antal doser, intervall, tidpunkt
		Datum	Barnets ålder	
Tuberkulos	6 veckor			
Rotavirus	6 veckor, 3 månader			
Difteri, stelkramp, kikhosta	3, 5 och 12 månader, samt vid 5 år			
Polio	3, 5 och 12 månader, samt vid 5 år			
Haemophilus influenzae typ b	3, 5 och 12 månader			
Invasiva pneumokocker	3, 5 och 12 månader			
Hepatit B	3, 5 och 12 månader			
Mässling, påssjuka, röda hund	18 mån, årskurs 1-2			
Annat (t ex meningokocker, varicella etc)				
				Förslag utfärdat av/datum:

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