

Hälsodeklaration höstvaccinationer 2026–2027



Blanketten ska fyllas i av dig som ska vaccineras. Ta med blanketten till vaccinationstillfället.

Namn:		Listad VC:
Personnummer:	Telefonnummer:	

Har du vaccinerat dig under de senaste 14 dagarna?	☐ Ja	☐ Nej
Har du en pågående infektion med feber?	☐ Ja	☐ Nej
Är du allergisk mot ägg?	☐ Ja	☐ Nej
Har du allergier som någon gång har gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för?	☐ Ja	☐ Nej
Har du fått någon allvarlig reaktion i samband med tidigare vaccination? T ex yrsel, svimning, andnöd eller utslag.	☐ Ja	☐ Nej
Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller en medicin t ex Waran, Fragmin, Pradaxa, Xarelto eller Eliquis?	☐ Ja	☐ Nej
Har du en kronisk sjukdom? Om ja , ange vilken:	☐ Ja	☐ Nej
Är du gravid? Om ja , ange vilken vecka:	☐ Ja	☐ Nej
Besvaras bara om du ska vaccineras mot covid-19 Har du tidigare vaccinerats mot covid 19? Vilket datum fick du den senaste sprutan? _____	☐ Ja	☐ Nej

INFORMATION

Vaccinationer mot covid-19 och pneumokocker registreras i nationella vaccinationsregistret (NVR).

FYLLS I AV VÅRDPERSONAL				
ID-kontrollerad	☐ Ja	☐ Nej		
Betalande patient (influensa: kommunal personal / covid-19: tillhör ej rekommenderad grupp)	☐ Ja	☐ Nej		
Kontraindikation för vaccination	☐ Ja	☐ Nej		
INFLUENSAVACCINATION				
Influvac® 0,5 ml ☐	Lot:			
Fluad® 0,5ml ☐				
Administreringssätt: Influvac:	☐ hö arm	☐ vä arm	☐ s c	☐ i m
Administreringssätt: Fluad:	☐ hö arm	☐ vä arm	☐ i m	
COVIDVACCINATION				
Comirnaty XFG® 0,3 ml ☐	Lot:			
Administreringssätt:	☐ hö arm	☐ vä arm	☐ i m	
PNEUMOKOCKVACCINATION				
Tidigare fått pneumokockvaccination?	År:	Vaccin:	☐ Ja	☐ Nej
Prevenar20® 0,5 ml ☐	Lot:			
Administreringssätt:	☐ hö arm	☐ vä arm	☐ i m	
Ev. kommentar				
Datum	Ordinatör / Signatur / RSID			
Datum	Vaccinatör / Signatur / RSID			