

Hälsodeklaration vaccination mot pneumokocker



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
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?	☐ Ja	☐ Nej

FYLLS I AV VÅRDPERSONAL				
ID-kontrollerad		☐ Ja	☐ Nej	
Kontraindikation för vaccination		☐ Ja	☐ Nej	
PNEUMOKOCKVACCINATION				
Tidigare fått pneumokockvaccination?	År:	Vaccin:	☐ Ja	☐ Nej
Prevenar20 ® 0,5 ml ☐	Lot:			
Administreringsätt:	☐ hö arm ☐ vän arm		☐ i m	
Ev. kommentar				
Datum		Ordinatör / Signatur / RSID		
Datum		Vaccinatör / Signatur / RSID		

INFORMATION

Vaccinationer mot pneumokocker registreras i nationella vaccinationsregistret (NVR).