

Vaccination mot HPV 2025/2026



Blanketten ska fyllas i av dig som ska vaccineras. Ta med blanketten till vaccinationstillfället. Tänk på att du ska vara frisk, utan feber eller infektion när du kommer	
Namn:	
Personnummer:	Telefonnummer:

Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du någon gång fått en svår allergisk reaktion som krävt att du har behövt uppsöka sjukvården?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du fått någon annan vaccination de senaste 4 veckorna?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du en kronisk sjukdom? Om ja, ange vilken:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är du gravid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

FYLLS I AV VÅRDPERSONAL			
ID-kontrollerad	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Kontraindikation för vaccination	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Gardasil 9 <input type="checkbox"/>	Lot:		
Administreringsätt:	<input type="checkbox"/> hö arm	<input type="checkbox"/> vä arm	<input type="checkbox"/> i m
Ev. kommentar			
Datum	Vaccinatör / Signatur / RSID		