

Hälsodeklaration - inför vaccination mot fästingburen hjärninflammation, TBE

Namn	Personnummer
------	--------------

Inför din vaccination ber vi dig svara på följande frågor

	Ja	Nej
1. Har du feber eller annan akut infektion nu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Är du allergisk mot ägg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har du haft så svår allergisk reaktion mot något annat att det var nödvändigt att söka sjukvård?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har du reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Använder du något blodförtunnande läkemedel, t.ex. Waran eller Eliquis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har du blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har du nedsatt immunförsvar pga. sjukdom eller behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har du någon sjukdom i hjärna eller nervsystemet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Är du gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Information om vaccinationen registreras i vaccinationsregistret Svevac. Det betyder att vårdpersonal kan se att du blivit vaccinerad när du söker vård i framtiden och att ansvariga myndigheter kan följa upp effekterna av vaccinationer. Du har rätt att säga nej till registreringen av uppgifterna. Meddela i så fall personalen som utför vaccinationen.

Datum:..... Underskrift:.....

Fylls i av vårdpersonal

Injektion given	<input type="checkbox"/>	Vä arm	<input type="checkbox"/>	Hö arm	<input type="checkbox"/>	i.m.	<input type="checkbox"/>	s.c.
Registrerat i Svevac						Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Datum	Signatur							

För ett
friskare
tryggare
och rikare liv