

## Hälsodeklaration - Vuxna inför vaccination mot mässling/påssjuka/ röda hund

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. 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"/>	l.m.	<input type="checkbox"/>	S.c.	<input type="checkbox"/>
Registrerat i Svevac	<input type="checkbox"/>					Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
<b>Datum</b>	<b>Signatur</b>								