Landstinget DALARNA

Hälsodeklaration vid pandemivaccination
VUXEN

VACCINATIONSDOS 2

☐ Legitimation Personnummer: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ – ☐☐☐☐

Namn: .....

Listad på vårdcentral: .....

Har du allergi mot ägg? ☐ NEJ ☐ JA
Har du vid något tillfälle reagerat med en allvarlig allergisk reaktion? (Andnöd, blodtrycksfall, medvetslöshet) ☐ NEJ ☐ JA Om ja, vad?
Tidigare komplikation vid vaccination? ☐ NEJ ☐ JA Om ja, vilka?
Har du fått något annat vaccin den senaste månaden? ☐ NEJ ☐ JA Om ja, vilken typ av vaccin?
Har du någon form av blödarsjuka? ☐ NEJ ☐ JA
Behandlas du med Waran? ☐ NEJ ☐ JA

Nedanstående ifylles av vaccinatören

☐ **Ingen kontraindikation**	Lot-nr/Batch-nr
Vaccindos Pandemrix: Vuxendos given ☐	
Vaccin ej givet ☐	
Biverkan av vaccinet? (ifylles bara om patienten uppvisar någon typ av reaktion) Om ☐ JA Reagerat med:	
Vaccinationsplats	

Datum	Vaccinatör/namn	Signatur
Datum	Ordinatör om annan än vaccinatör/namn	Signatur