

# Hälsodeklaration inför vaccination

**Gäller för:** Kommunal vård och omsorg, Vaccination Värmland, Vårdcentralsområde norra Karlstad, Vårdcentralsområde norra Värmland, Vårdcentralsområde södra Karlstad, Vårdcentralsområde västra Värmland, Vårdcentralsområde östra Värmland

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

Datum
-------

## Fylls i av dig som ska vaccineras:

Gäller vaccin mot
-------------------

1. Har du feber eller någon akut infektion nu? Ja  Nej
2. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? Ja  Nej
3. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner, som du har behövt sjukhusvård för? Ja  Nej
4. Har du allergi mot ägg som medför att du inte kan äta ägginnehållande födoämnen, till exempel sockerkaka? Ja  Nej
5. Har du konstaterad allergi mot formaldehyd (formalin)? Ja  Nej
6. Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller medicin? Ja  Nej
7. Har du någon sjukdom eller medicin som påverkar ditt immunförsvar? Ja  Nej
8. Har du en neurologisk sjukdom (gäller inte stroke) eller har du tidigare fått neurologiska symtom efter en vaccination? Ja  Nej
9. Är du gravid eller ammar du? Ja  Nej
10. Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 4 veckorna? Ja  Nej

*Detta underlag ska makuleras efter att informationen registrerats digitalt*