|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personuppgifter | | | | | |
| Namn | Personnummer | | | | |
|  |  | | | | |
| Hälsodeklaration | | | | | |
|  | | | | | |
| Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? | |  | Ja |  | Nej |
| Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för? | |  | Ja |  | Nej |
| Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin? | |  | Ja |  | Nej |
| Har du vaccinerat dig någon gång under de senaste 7 dagarna? | |  | Ja |  | Nej |
| Är du allergisk mot ägg? | |  | Ja |  | Nej |
| Tillhör du någon riskgrupp för influensa (diabetes, hjärt- eller lungsjukdom, nedsatt immunförsvar, lever- eller njursvikt, astma, extrem fetma, flerfunktionshinder hos barn)? | |  | Ja |  | Nej |
| Tillhör du högriskgruppen för pneumokocksjukdom (nedsatt immunförsvar p.g.a. sjukdom, organtransplantation eller behandling för bristande mjältfunktion, cystisk fibros, kokleaimplantat)? | |  | Ja |  | Nej |
| Bor du i samma hushåll som person som har kraftigt nedsatt immunförsvar? | |  | Ja |  | Nej |
| Är du personal inom vård och omsorg med patientkontakt? | |  | Ja |  | Nej |
| Är du gravid? | |  | Ja |  | Nej |
| Information | | | | | |
| Information om vaccinationen registreras i vaccinationsregistret Mittvaccin. 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 vaccinationerna. Du har rätt att säga nej till registreringen av uppgifterna. Meddela i så fall personalen som utför vaccinationen.  Läs mer om patientjournalen och vaccinationer på 1177.se/jonkopings-lan | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ordination och registrering av vaccin. Hela denna sida fylls i av vårdpersonal. | | | | | | | | | | | | | |
| Personuppgifter | | | | | | | | | | | | | |
| Namn | | | | | | | | | Personnummer | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | |
| Covid-19 - Ordination | | | | | | | | | | | | | |
| Vaccin | | | | | | | |  | | | | | |
| Comirnaty (0,3 ml) |  | Intramuskulärt | | | | | |  | | | | | |
| Bimervax (0,5 ml) |  | Intramuskulärt | | | | | |  | | | | | |
| Signatur, behörig ordinatör | | | | | | | | Namnförtydligande | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| Covid-19 - Administration | | | | | | | | | | | | | |
| Vaccin och volym | | | | Batch/Lot/Satsnummer | | | | | | Vaccination ges i | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | Vänster arm |  | Höger arm |
| Datum | | | | | | | Signatur | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
| Influensa - Ordination | | | | | | | | | | | | | |
| Vaccin | | | | | | | |  | | | | | |
| Influvac Tetra (0,5 ml) |  | Intramuskulärt |  | | Subkutant | | |  | | | | | |
| Eflueda Tetra (0,7 ml) |  | Intramuskulärt |  | | Subkutant | | |  | | | | | |
| Signatur, behörig ordinatör | | | | | | | | Namnförtydligande | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| Influensa - Administration | | | | | | | | | | | | | |
| Vaccin och volym | | | | Batch/Lot/Satsnummer | | | | | | Vaccination ges i | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | Vänster arm |  | Höger arm |
| Datum | | | | | | | Signatur | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
| Pneumokocker - Ordination | | | | | | | | | | | | | |
| Vaccin | | | | | | | |  | | | | | |
| Pneumovax (0,5 ml) |  | Intramuskulärt |  | | Subkutant | | |  | | | | | |
| Prevenar 20 (0,5 ml) |  | Intramuskulärt |  | |  | | |  | | | | | |
| Signatur, behörig ordinatör | | | | | | | | Namnförtydligande | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| Pneumokocker - Administration | | | | | | | | | | | | | |
| Vaccin och volym | | | | Batch/Lot/Satsnummer | | | | | | Vaccination ges i | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | Vänster arm |  | Höger arm |
| Datum | | | | | | Signatur | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |
| Registrering | | | | | | | | | | | | | |
| Registrering i MittVaccin | | | | | | | | | | | | | |
| Datum | | | | | | Signatur | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |