

Hälsodeklaration och ordinationsunderlag inför pneumokockvaccination – Vuxna

Personnummer	Namn

Inför vaccinationen ber vi dig svara på följande frågor:

Datum:	Ja	Nej	Vet ej
Tillhör du en riskgrupp som rekommenderas vaccination?			
Har du eller har haft behandling som påverkar ditt immunförsvar?			
Planeras behandling som påverkar ditt immunförsvar?			
Har du tidigare fått någon reaktion i samband med tidigare vaccination?			
Har du en pågående infektion eller feber?			
Har du någon sjukdom eller medicin (t.ex. Waran) som ger ökad risk för blödning?			
Är du gravid?			
Har du någon gång tidigare fått vaccin mot pneumokocker? Om ja; Antal doser: År:			

Vårdpersonalens anteckningar

Datum	
Vaccin	
Batch-nummer	
Lokalisation	
Läkarordination/signatur	
Ev. kommentar till ordination	
Administrerat av/signatur	
Dokumenterat i vaccinationsjournal	