



اعلامیه بهداشت و درمان

پر کردن یک اعلامیه سلامت برای هر نفر و هر مقدار معین

تاریخ واکسیناسیون: _____

شماره شناسایی: _____

نام: _____

توسط شما بی پر شود که قرار است واکسینه شوید:

NEJ JA

خیر بله

۱. تا به حال بعد از واکسیناسیون واکنش شدیدی داشتید و به درمان بیمارستانی احتیاج داشتی؟

خیر بله

۲. آیا آلرژی‌هایی وجود دارد که تا به حال واکنش‌های شدیدی به شما داده است که برای آن به درمان بیمارستان نیاز داشته‌اید؟

خیر بله

۳. آیا تمایلات خونریزی را به دلیل بیماری یا دارو افزایش داده‌اید؟

خیر بله

۴. حامله‌ای؟

خیر بله

۵. آیا تا به حال در طول ۷ روز گذشته خودتان را واکسینه کرده‌اید؟

Instruktion till dig som vaccinerar gällande fråga 1-5

Om personen svarat JA på fråga 1 och/eller 2: rådgör med en läkare.

Om personen svarat JA på fråga 3: OBS att injektionen måste ges intramuskulärt. Följ lokala instruktioner för intramuskulär injektion av personer med ökad risk för blödning. Alternativt läs mer på janusinfo.se.

Om personen svarat JA på fråga 4: alla gravida erbjuds vaccination mot covid-19. Vaccinen som används är mRNA vaccin (Comirnaty eller Modernas vaccin Spikevax). Gravida under 35 år och utan riskfaktorer rekommenderas vaccination efter v. 12. Gravida som är 35 år och äldre, samt gravida oavsett ålder som har ett BMI > 30 vid inskrivning i mödravården eller har en annan riskfaktor kan vid behov erbjudas vaccination före v. 12, beroende på riskfaktor.

Riskfaktorer; Gravida som är över 35 år, har ett BMI > 30 vid inskrivning i mödravården och alla de som har om har något av följande tillstånd eller sjukdomar:

- Kronisk hjärt- och kärlsjukdom, inklusive stroke och hypertoni.
- Kronisk lungsjukdom såsom KOL samt svår och instabil astma.
- Andra tillstånd som leder till nedsatt lungfunktion eller försämrad hostkraft och sekretstagnation.
- Kronisk lever- eller njursvikt.
- Diabetes typ 1 och typ 2.
- Tillstånd som innebär påverkan på immunförsvar på grund av sjukdom eller behandling.

Om personen svarat JA på fråga 5: minst 7 dagar rekommenderas mellan covid-19-vaccin och annat vaccin. Detta gäller samtliga vaccin **utom** standarddos influensavaccin för vuxna (Vaxigrip Tetra alt Influvac Tetra) som kan ges samtidigt som, eller oberoende av, tiden till vaccin mot covid-19.

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen:

Covid-19-vaccin namn: _____

Dos 1

Dos 2

Dos 3

Batch-/lotnummer: _____

Vaccinet har getts i:

Höger arm

Vänster arm

Ev. annan lokalisation för administrering: _____

Ev. kommentar: _____

Vaccinatörens namn: _____

Signatur: _____

Vårdgivare: _____

Mottagning/enhet: _____

