



## OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Oświadczenie o stanie zdrowia należy wypełnić w przypadku każdej osoby i dawki.

Data szczepienia: \_\_\_\_\_

Numer osobowy: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Wypełnia osoba, która jest szczepiona:

- |   | J A                          | NEJ                          |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana/Pani silna reakcja po szczepieniu i niezbędna była interwencja lekarska? | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| 2. Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana/Pani silna reakcja alergiczna, która wymagała interwencji lekarskiej?    | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| 3. Czy ma Pan/Pani skłonność do nadmiernego krwawienia w wyniku choroby lub przyjmowanych leków?              | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| 4. Czy jest Pani w ciąży?   | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| 5. Czy w ciągu ostatnich 7 dni był(a) Pan/Pani szczepiony?  | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |

## 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](https://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: om personen är nyligen vaccinerad ska minst 7 dagar ha passerat sedan dess för att vaccination mot covid-19 ska kunna vara aktuell.

Nedan ifylls av vaccinationsmottagningen:

**Covid-19-vaccin namn:** \_\_\_\_\_

Dos 1  Dos 2  Dos 3  Dos 4  Dos 5

**Batch-/lotnummer:** \_\_\_\_\_

**Vaccinet har getts i:**

Höger arm

Vänster arm

**Ev. annan lokalisation för administrering:** \_\_\_\_\_

**Ev. kommentar:** \_\_\_\_\_

Vaccinatörens namn: \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_

Vårdgivare: \_\_\_\_\_

Mottagning/enhet: \_\_\_\_\_



Folkhälsomyndigheten