



ROKOTUS COVID-19-VIRUSTA VASTAAN

TERVEYSILMOITUS – AIKUISET

Täytä yksi terveysilmoitus henkilöä ja annosta kohden,
koskee vähintään 18-vuotiaita

Rokotuspäivä: _____

Henkilönumero: _____

Nimi: _____

Rokotettava täyttää:

- | | JA | NEJ |
|---|--------------------------------|-----------------------------|
| 1. Oletko koskaan saanut voimakasta reaktiota rokotuksen jälkeen ja tarvinnut sairaalahoitoa? | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| 2. Onko sinulla allergioita, jotka ovat aiheuttaneet sinulle vakavia, sairaalahoitoa vaativia reaktioita? | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| 3. Onko sinulla lisääntynyt verenvuototaipumus sairauden tai lääkityksen vuoksi? | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| 4. Oletko raskaana? | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <input type="checkbox"/> |
| 5. Oletko saanut rokotusta viimeisen 7 päivän aikana? | Kyllä <input type="checkbox"/> | Ei <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
- Om personen svarat JA på fråga 4: Denna person ska inte vaccineras.
- 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

Batch-/lotnummer: _____

Vaccinet har getts i:

Höger arm

Vänster arm

Ev. annan lokalisation för administrering: _____

Ev. kommentar: _____

Vaccinatörens namn: _____

Signatur: _____

Vårdgivare: _____

Mottagning/enhet: _____



Folkhälsomyndigheten