



HEALTH DECLARATION

Complete one health declaration per person och dose.

Vaccination date: _____

Personal ID number: _____

Name: _____

To be completed by the person to be vaccinated:

1. Have you ever had a severe reaction to previous vaccinations that needed hospital care? Yes No
2. Do you have any allergies that at some point have caused such severe reactions that you needed hospital care? Yes No
3. Do you have an increased bleeding tendency due to disease or medicine? Yes No
4. Are you pregnant? Yes No
5. Have your received any other vaccine in the past 7 days? Yes No

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, från 31 års ålder Modernas vaccin Spikevax). Gravida kan erbjudas de anpassade mRNA-vaccinen som påfyllnadsdoser. 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.

Om personen svarat JA på fråga 5: Samtliga vaccin mot covid-19 kan kombineras med standarddos influensavaccin. Minst sju dagars intervall skall hållas mellan vaccinationer med Nuvaxovid och förstärkta influensavaccin. Samtidig (eller inom en veckas) administration av annat vaccin med vaccin mot covid-19 kan ge ökade främst lokala biverkningar, men även risk för ökad feberreaktion. Detta bör beaktas vid bedömning om eventuell samvaccination för av sköra personer. Samvaccination/vaccination inom 7 dagar går bra för de flesta personer med de flesta vaccin. Några kombinationer skall dock särskilt undvikas eller bedömas, vid behov se sidan nedan på Folkhälsomyndighetens webbplats:

Vägledning och fördjupad information om vaccination mot covid-19

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 lokalisering för administrering: _____

Ev. kommentar: _____

Vaccinatörens namn: _____

Signatur: _____

Vårdgivare: _____

Mottagning/enhet: _____



Folkhälsomyndigheten