



## DECLARACIÓN DE SALUD – ADULTOS

Rellene una declaración de salud por persona y dosis;  
resulta de aplicación a las personas a partir de 18 años

Fecha de vacunación: \_\_\_\_\_

Número de identidad sueco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Lo deben rellenar aquellas personas que se van a vacunar:

- |  | JA                          | NEJ                         |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Ha tenido alguna vez una reacción fuerte después de vacunarse y ha necesitado tratamiento hospitalario?                    | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Es alérgico/a a algo que alguna vez le haya dado reacciones fuertes para las que haya necesitado tratamiento hospitalario? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene una mayor tendencia a sangrar debido a una enfermedad o medicamentos?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Está embarazada?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Se ha vacunado alguna vez en los últimos 7 días?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <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](http://janusinfo.se).

Om personen svarat JA på fråga 4: alla gravida erbjuds vaccination mot covid-19. Vaccinen som används är mRNA vaccin (Comirnaty eller COVID-19 Vaccine Moderna). 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**

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

**Vaccinet har getts i:**

**Höger arm**

**Vänster arm**

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

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

**Vaccinatörens namn:** \_\_\_\_\_

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

**Vårdgivare:** \_\_\_\_\_

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

