

HÄLSODEKLARATION VACCINATION

NAMN: _____

PERSONNUMMER: _____

1) Är du skriven i Dalarnas län?

JA	NEJ
----	-----

2) Har du någon långvarig/allvarlig sjukdom?

JA	NEJ
----	-----

- I så fall vilken? _____

3) Pågående medicinering?

JA	NEJ
----	-----

- Vilken/vilka? _____

4) Har du reagerat mot något vaccin/läkemedel?

JA	NEJ
----	-----

- Hur? _____

5) Kan du äta ägg?

JA	NEJ
----	-----

6) Gravid?

JA	NEJ
----	-----

Om JA, kontakta infektionsmottagningens vaccinationsenhet.

7) Har du haft mässlingen eller är du vaccinerad med minst 2 doser?

JA	NEJ*
----	------

*OBS! Kontrollera med en förälder om är osäker/ om du av någon orsak ej fått dina barnvaccinationer.

8) Har du skydd mot Hepatit B, d.v.s. haft Hepatit B eller är vaccinerad med minst 3 doser (t.ex. Engerix-B, HBVAXPRO eller Twinrix)?

JA	NEJ
----	-----

- När tog du dessa (vaccinsort samt antal doser) _____