

HÄLSODEKLARATION - BARN

Vaccination mot influensa och pneumokocker

Fyll i en hälsodeklaration per person.
Gäller barn/ungdom under 18 år.
Vårdnadshavares underskrift krävs.

Vaccinationsdatum _____

Personnummer _____

Namn _____

Har ditt barn allergi mot ägg? Ja Nej

Har ditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något
annat att det var nödvändigt att söka sjukvård? Ja Nej

Har ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer? Ja Nej

Har ditt barn blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet, t.ex waranbehandling? Ja Nej

Har ditt barn någon kronisk sjukdom, eller saknar mjälte? Ja Nej

Om ja, har ditt barn:

Kronisk lungsjukdom, inklusive astma Ja Nej

Kraftig övervikt (BMI>40) Ja Nej

Neuromuskulär sjukdom (till exempel MS) Ja Nej

Kronisk hjärtkärlsjukdom (dock inte enbart förhöjt blodtryck) Ja Nej

Ökad risk för infektioner Ja Nej

(Till exempel immunsbristsjukdom, men också andra tillstånd såsom cancer eller autoimmunitet
där sjukdomen i sig eller behandlingen medför en ökad risk för infektioner)

Indikation för vaccination med konjungerat pneumokockvaccin Ja Nej

(Nedsatt mjältefunktion; Gravt nedsatt immunförsvar på grund av sjukdom eller behandling, till exempel
organtransplantation, cytostatikabehandling eller behandling med motsvarande >15 mg prednisolon/dag,
annan kraftigt immunosupprimerande medicinering eller TNF-hämmare i kombination med annan immun
nedsättande behandling; Nefrotiskt syndrom; Cochleaimplantation; Likvorläckage; Cystisk fibros)

Kronisk lever- eller njursvikt Ja Nej

Diabetes mellitus Ja Nej

CP/multifunktionshandikapp Ja Nej

Är ditt barn gravid? Ja Nej

Om ja, vilken graviditetsvecka:

Jag samtycker till att mitt barn vaccineras. Ja Nej

Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig

Namnförtydligande

Namnförtydligande