



التصريح الصحيّ - الكبار

يُرجى ملأ التصريح الصحيّ لكل شخص و جرعة، يشمل ذلك الاشخاص من عمر 18 سنة و أكبر

تاريخ التطعيم: _____

الرقم الشخصي: _____

الاسم: _____

يجب أن تُملأ من قبل الشخص الذي سيتم تلقيحه:

NEJ JA

لا نعم

1. هل سبق لك و أن أصبت برد فعل قوي بعد التطعيم و أحتجت إلى العلاج في المستشفى؟

لا نعم

2. هل لديك حساسية تسببت في حصولك على رد فعل قوي و أحتجت الى تلقي العلاج في المستشفى؟

لا نعم

3. هل لديك ميل متزايد للنزيف بسبب المرض أو الدواء؟

لا نعم

4. هل أنت حامل؟

لا نعم

5. هل سبق لك أن قمت بتلقيح نفسك خلال فترة 7 يوماً الاخيرة؟

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: gravida som har något av följande tillstånd eller sjukdomar kan vaccineras med mRNA vaccin (*Comirnaty* eller *COVID-19 Vaccine Moderna*):

- 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.

Graviditet hos kvinnor som är över 35 år eller har ett BMI över 30 bedöms alltid som en riskgraviditet och de bör därför också erbjudas vaccination mot covid-19. Läs mer i **Vägledning och fördjupad information om vaccination mot covid-19**.

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: _____

