



## اعلامیه بهداشت و درمان – بزرگسالان

پر کردن یک اعلامیه سلامت برای هر نفر و هر مقدار معین،  
برای افراد ۱۸ سال و مسن تر اعتبار دارد

تاریخ واکسیناسیون: \_\_\_\_\_

شماره شناسایی: \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_

توسط شما بی پر شود که قرار است واکسینه شوید:

NEJ JA

خیر  بله

۱. تا به حال بعد از واکسیناسیون واکنش شدیدی داشتید و به درمان بیمارستانی احتیاج داشتی؟

خیر  بله

۲. آیا آلرژی هایی وجود دارد که تا به حال واکنش های شدیدی به شما داده است که برای آن به درمان بیمارستان نیاز داشته اید؟

خیر  بله

۳. آیا تمایلات خونریزی را به دلیل بیماری یا دارو افزایش داده اید؟

خیر  بله

۴. حامله ای؟

خیر  بله

۵. آیا تا به حال در طول ۷ روز گذشته خودتان را واکسینه کرده اید؟

## 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](https://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:** \_\_\_\_\_

