



VACCINATION AGAINST COVID-19

HEALTH DECLARATION – ADULT

Complete one health declaration per person and dose.
Applies to those aged 18 and above.

Vaccination date: _____

Personal ID number: _____

Name: _____

To be completed by the person to be vaccinated:

1. Have you ever had a severe reaction to previous vaccinations that needed hospital care? Yes No
2. Do you have any allergies that at some point have caused such severe reactions that you needed hospital care? Yes No
3. Do you have an increased bleeding tendency due to disease or medicine? Yes No
4. Are you pregnant? Yes No
5. Have you received any other vaccine in the past 7 days? Yes No

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: _____

