

Covid-19 - Vaccination

Hälsodeklaration vuxna

.....
Namn

Personnummer

Har du fått kraftig reaktion på vaccin eller annat läkemedel som krävt sjukhusvård? Ja Nej Har du av annan allergi fått kraftig reaktion som krävt sjukhusvård? Ja Nej Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin*? Ja Nej
(*Waran, warfarin, Eliquis, Lixiana, Pradaxa, Xarelto, Fragmin)Är du gravid? Ja Nej Har du de senaste 7 dagarna vaccinerats med annat vaccin? Ja Nej

Information om given vaccination sparas i Region Uppsalas patientjournal och i det nationella vaccinationsregistret.

BEDÖMNING

Vaccinering mot covid-19 bör göras Ja Nej
Ordinatörens namn (läkare/distriktssköterska/barnsjuksköterska/behörig sjuksköterska)

Prioriteringsgrupp: Brukare inom kommunal vård- och omsorg Riskgrupp
(endast ett val) Vård- och omsorgspersonal Övriga

ÅTGÄRD - OBLIGATORISKA FÄLT (ALT. DIREKTREGISTRERING I COSMIC)

Datum Vaccinatörens namn

Dos 1 Dos 2 Vaccin namn Pfizer Moderna AstraZeneca

Batchnummer.....

Vaccinet har getts i Vä överarm Hö överarm Annat ställe

Sedan informationen sparats digitalt i patientjournalen ska detta underlag makuleras.

Covid-19 - Vaccination Hälsodeklaration vuxna

Sidan 1 av 1

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-26537

Version: 3

Handlingstyp: Instruktion/Rutin