Hälsodeklaration och ordinations- och administreringsblankett MittVaccin för efterregistrering BHV – Tidigarelagd MPR-vaccination före 1 år

### Bilaga till rutin: [MittVaccin reservrutin](http://styrdadokument.regionhalland.se/doc/FC55E82F-44D4-4DD0-9A0C-8F0A47B2E196)

**Patientuppgifter**

Personnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

För- och efternamn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adress:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postnr:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postadress:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobilnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Epost-adress:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ringa in det som gäller nedan:**

|  |  |
| --- | --- |
| Har PKU-prov tagits enligt rutin?Kommentar: | Ja Nej |
| Har barnet vårdats på sjukhus, eller utreds barnet för närvarade för misstänkt sjukdom?Kommentar: | Ja Nej |
| Har barnet svåra hudförändringar, eksem, eller utbredd svampinfektion (torsk) i munnen/blöjregionen/annan lokalisation som inte svarat på behandling?Kommentar: | Ja Nej |
| Finns det föräldrar, syskon, kusiner eller föräldrars syskon som haft en svår sjukdom tidigt i livet (före 2 års ålder)?Kommentar: | Ja Nej |
| Har den som fött barnet någon gång under graviditet eller amning behandlats med mediciner som kan försvaga immunförsvaret?Kommentar: | Ja Nej |
| Har barnet behandlats för upprepade antibiotikakrävande infektioner (infektion i öron, bihålor eller lungor)?Kommentar: | Ja Nej |
| Har barnet behandlats med kortison (gäller inte inhalationer eller hudbehandling) eller medicin som försvagar immunförsvaret under den senaste månaden?Kommentar: | Ja Nej |
| Är barnet friskt idag?Kommentar: | Ja Nej |
| Har barnet reagerat kraftigt efter tidigare vaccination?Kommentar: | Ja Nej |
| Till vilket/vilka land planerar ni att resa? Välj Ja för att fylla i.Kommentar:  | Ja Nej |
| När är planerat avresedatum? Välj Ja för att fylla i.Kommentar: | Ja Nej |
| Har barnet vaccinerats mot vattkoppor, tuberkulos eller gula febern under senaste månaden? (Gäller även om barnet haft någon av sjukdomarna).Kommentar: | Ja Nej |

**Vaccination av minderårig under 18 år**

\_\_\_\_ Samtycke lämnat av vårdnadshavare

\_\_\_\_ Samtycke av vårdnadshavare saknas. Mognadsbedömning genomförd.

\_\_\_\_Samtycke av vårdnadshavare saknas. Mognadsbedömning genomförd. Vaccineras ej.

Personnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ordination**

Vaccin:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dosnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosering:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Administration/Lokalisation:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnunderskrift
Ordinatör:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Administrering**

Vaccinationsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vaccinatör:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Batchnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Uppdaterat från föregående versionNy version |