

Hälsodeklaration och ordinations- och administreringsblankett MittVaccin för efterregistrering BHV – Inför vaccination mot Tuberkulos

Bilaga till rutin: [MittVaccin reservrutin](#)

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 närvarande 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
Har barnet avvikelser i tillväxt utan rimlig förklaring? 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

Finns det någon i barnets omgivning som just nu har eller utreds för aktiv tuberkulos? Kommentar:	Ja Nej
Har barnet varit utomlands? Svara Ja för att fylla i land/länder. 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
Har barnet vaccinerats mot mässling, röda hund, påssjuka, vattkoppor eller gula febern under senaste månaden? (Gäller även om barnet haft någon av sjukdomarna). Kommentar:	Ja Nej
Är barnet friskt idag? Kommentar:	Ja Nej
Har barnet reagerat kraftigt efter tidigare vaccination? Kommentar:	Ja Nej
Kommer familjen från ett annat ursprungsland än Sverige? Om Ja, vilket land? 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

Ordinatór: _____

Namnförtydligande: _____

Administrering

Vaccinationsdatum: _____

Vaccinatör: _____

Batchnummer: _____

Uppdaterat från föregående version

Ny blankett