

Hälsodeklaration och ordinations- och administreringsblankett MittVaccin för efterregistrering BHV – Hälsodeklaration inför samvaccination med Rotarix/Hexyon

Bilaga till rutin: [MittVaccin reservrutin](#)

Patientuppgifter

Personnummer: _____

För- och efternamn: _____

Adress: _____

Postnr: _____ Postadress: _____

Mobilnummer: _____

Epost-adress: _____

Ringa in det som gäller nedan:

Är barnet friskt idag?	Ja Nej
Har barnet reagerat kraftigt efter tidigare vaccination?	Ja Nej
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)?	Ja Nej

Kommentar:	
Har den som fött barnet någon gång under graviditet eller amning behandlats med mediciner som kan försvaga immunförsvaret? Kommentar:	Ja Nej
Har barnet haft tarminvagination? Kommentar:	Ja Nej
Har barnet en medfödd tarmmissbildning eller genomgått mag/tarmkirurgi? 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 version

Ny blankett