



Vaccinationsstatus och kompletterande vaccinationer

Namn:	Person-/Reservnummer:	Ålder:	Datum för bedömning:
	LMA-nummer:		
Land/Härkomst:	Ev. passerade länder:	Ankomst till Sverige:	Vaccinationskort: Ja ☐ Nej ☐

Vaccinationer	Antal tidigare erhållna doser		Vaccinationer	Antal tidigare erhållna doser
DTP (difteri, tetanus, pertussis)	Före 6 månaders ålder:	Efter 6 månaders ålder:	BCG (tuberkulos)	
OPV (polio oralt, droppar)			Hepatit B	
IPV (polio inaktiverat, injektion)			HiB (för barn <u>under</u> 6 år)	
Mässling	Före 1 år:	Efter 1 år:	Pneumokocker (för barn <u>under</u> 6 år)	
Påssjuka	Före 1 år:	Efter 1 år:		
Röda hund	Före 1 år:	Efter 1 år:		

Ordinationer

Produktnamn	Antal doser, intervall, tidpunkter	Datum och signering vid ordination	Datum och signering vid given dos

Ordinerats av: _____ datum: ____ / ____ 20____

Namnförtydligande: _____

Därefter följa det svenska barnvaccinationsprogrammet Ja _____ Nej _____