

Blankett: Hälsodeklaration - BHV inför vaccination mot Rotavirus

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 |

| | |
|--|----------|
| Har barnet haft tarminvagination? Kommentar: | Ja Nej |
| Har barnet en medfödd tarmissbildning 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.