

Hälsodeklaration inför vaccination av Hepatit A

Namn: _____

Datum: _____

Personnummer: _____

1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter en vaccination och behövt sjukhusvård/vårdats på sjukhus?

JA NEJ

2. Har du allergier som någon gång gett dig en kraftig reaktion så att du behövt sjukhusvård/vårdats på sjukhus?

JA NEJ

3. Har du ökad blödningsbenägenhet pga sjukdom eller medicinering?

JA NEJ

4. Har du nedsatt immunförsvar pga medicinering med kortison, cellgifter eller annan medicinering?

JA NEJ

5. Har du vaccinerat dig någon gång de senaste 7 dagarna?

JA NEJ

6. Kvinnor: Är du gravid eller ammar?

JA NEJ

7. Har du en pågående infektion?

JA NEJ