

# HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot HPV (humant papillomvirus)

Vaccinationsdatum \_\_\_\_\_

Personnr \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

HPV är ett virus som på sikt kan leda till livmoderhalscancer.  
Vaccinet ges tre gånger med några månaders mellanrum.  
Samtycket gäller för alla tre gånger.

Har ditt barn fått vaccination mot HPV tidigare?

Om ja, ange vilket vaccin och när \_\_\_\_\_

Ja

Nej

Har ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?

Om ja, ange vilket vaccin och hur \_\_\_\_\_

Ja

Nej

Har ditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat  
att det varit nödvändigt att söka sjukvård?

Ja

Nej

Har ditt barn fått någon vaccination de senaste 2–4 veckorna?

Om ja, ange vilket vaccin \_\_\_\_\_

Ja

Nej

Har ditt barn blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet?

Ja

Nej

Har ditt barn någon annan allvarlig kronisk sjukdom?

Om ja, vilken \_\_\_\_\_

Ja

Nej

Är ditt barn gravid?

Ja

Nej

Jag samtycker till att mitt barn vaccineras.

Ja

Nej

Jag samtycker till att mitt barns uppgifter får utlämnas  
till Smittskyddsinstitutet och användas i utvärdering av  
vaccinationsprogrammet (läs mer på [Vårdguiden.se](http://Vardguiden.se)).

Ja

Nej

Datum:

\_\_\_\_\_  
Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig\_\_\_\_\_  
Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

**Hälso- och sjukvården utgår från att föräldrar med gemensam vårdnad  
agerar i samförstånd om enbart en av dem skriver under.**