

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 du fått vaccination mot HPV tidigare?

Om ja, ange vilket vaccin och när _____

 Ja Nej

Har du reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?

Om ja, ange vilket vaccin och hur _____

 Ja NejHar du haft så svår allergisk reaktion mot något annat
att det varit nödvändigt att söka sjukvård? Ja Nej

Har du fått någon vaccination de senaste 2–4 veckorna?

Om ja, ange vilket vaccin _____

 Ja Nej

Har du blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet?

 Ja Nej

Har du någon annan allvarlig kronisk sjukdom?

Om ja, vilken _____

 Ja Nej

Är du gravid?

 Ja Nej

Jag samtycker till att vaccineras.

 Ja NejJag samtycker till att mina uppgifter går att
läsas av andra vårdgivare. Ja NejJag samtycker till att mina uppgifter får utlämnas till
Smittskyddsinstitutet och användas i utvärdering av
vaccinationsprogrammet (läs mer på Vårdguiden.se). Ja Nej

Datum:

Namnunderskrift-----
Namnförtydligande