

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 går att
läsas av andra vårdgivare. Ja Nej

Jag samtycker till att mitt barns uppgifter får utlämnas
till Smittskyddsinstitutet och användas i utvärdering av
vaccinationsprogrammet (läs mer på 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.**