

Eigenerklæringsskjema til deg som har fått tilbod om koronavaksine

Før vaksinasjon bed vi deg gå gjennom dette skjemaet og ta det med deg til vaksinasjonsstaden.

Informér vaksinatør om tidlegare dose(ar) koronavaksine og om du har gjennomgått koronasjukdom.

Etternamn, førenamn:
Fødselsnummer:
Signatur:

Ikkje møt opp til vaksinasjon, og gje melding så raskt som mogleg, om du på vaksinasjonsdagen har symptom på forkjøling eller feber over 38 °C.

Lege/helsepersonell bør vurdere plan for vidare vaksineringsplan om du svarar du JA på nokre av de følgjande spørsmåla:

	Ja	Nei
Har du blitt vaksinert med annan vaksine i løpet av dei 7 siste dagane?		
Har du gjennomgått koronasjukdom for mindre enn 3 veker sidan?		
Har du gjennomgått multiorgan inflammatorisk syndrom (MIS) etter koronasjukdom?		
Har du kraftig redusert immunforsvar?		
Har du blødarsjukdom?		
Har du mastcellesjukdom?		
Har du hatt allergisk reaksjon på denne vaksinen eller innholdsstoffa tidlegare?		
Har du tidlegare hatt alvorleg (livstruande) allergisk reaksjon på andre vaksinar, mat, medisinar eller anna?		
Har du på grunn av astma i løpet av det siste året fått minst 2 kortisonkurar eller vore lagd inn på sjukehus?		
Har du på grunn av astma hatt minst 3 av følgjande symptom siste 4 veker: <ul style="list-style-type: none"> • Symptom på dagtid meir enn 2 gongar per veke • Vakna på natta • Behov for anfallsmedisin meir enn 2 gongar per veke • Avgrensing i fysisk aktivitet 		
Har du hatt hjartebetennelse (myokarditt/perikarditt) etter koronavaksinasjon?		
Har du trunge behandling eller hatt vedvarande menstruasjonsforstyrningar etter koronavaksinasjon?		

Fyllest inn av vaksinatør om vaksinasjonen ikkje straks blir dokumentert i EPJ/SYSVAK:

Dato og klokkeslett	
Preparat-/vaksinenamn:	
Batch/Lotnummer:	
Årsak til vaksineringsplan: 1. Prioriteringsgruppe 2. Helsepersonell 3. Anna	
Namn (blokkbokstavar) vaksinatør	