



” Ett Sverige fritt från livmoderhalscancer ”

Hälsodeklaration Inför vaccination med Gardasil9®

Hälsodeklarationen fylls i innan besöket hos barnmorskan av dig som ska vaccineras.

Personnummer: _____

Namn: _____

- | | | |
|--|----|-----|
| 1. Är du gravid? | JA | NEJ |
| 2. Har du någon pågående infektion just nu? | JA | NEJ |
| 3. Har du någon gång fått en svår allergisk reaktion som krävt att du har behövt uppsöka sjukvården? | JA | NEJ |
| 4. Har du någon gång fått en svår allergisk reaktion efter vaccination? | JA | NEJ |

Har du någon av följande sjukdomar eller tillstånd?

- | | | |
|---|----|-----|
| 1. Sjukdom som gör att du har lätt för att blöda? | JA | NEJ |
| 2. Kronisk inflammatorisk sjukdom exempelvis reumatisk sjukdom, psoriasis, inflammatorisk tarmsjukdom eller Multipel skleros. | JA | NEJ |
| 3. Borttagen mjälte. | JA | NEJ |
| 4. En aktuell tumörsjukdom. | JA | NEJ |

Tar du någon av följande läkemedel?

- | | | |
|--|----|-----|
| 5. Blodförtunnande. | JA | NEJ |
| 6. Cytostatika. | JA | NEJ |
| 7. Läkemedel som kan påverka immunförsvaret exempelvis kortison. | JA | NEJ |
| 8. Har du fått något annat vaccin den senaste månaden? | JA | NEJ |