

# Hälsodeklaration inför HPV-vaccination

Fyll i hälsodeklarationen innan ditt besök

Personnummer: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

**Om du är gravid eller fått Covid-vaccin senaste 7 dagarna måste din HPV-vaccination skjutas upp.**

- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1. Är du gravid?  | JA | NEJ |
| 2. Har du fått vaccin mot Covid19 de senaste 7 dagarna? | JA | NEJ |

**Nedanstående frågor kan kräva försiktighet och/eller rådgörande med läkare innan vaccination.**

- |  |    |     |
|--|----|-----|
| 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 |
| 5. Har du någon infektion just nu?   | JA | NEJ |
| 6. Om du har svarat ja på föregående fråga, vilken infektion och symptom har du?<br>Svar:            |    |     |

-----

**Har du någon av följande sjukdomar?**

- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 7. Sjukdom som gör att du har lätt för att blöda?   | JA | NEJ |
| 8. Kronisk inflammatorisk sjukdom som exempelvis reumatisk sjukdom, psoriasis, inflammatorisk tarmsjukdom eller multipel skleros? | JA | NEJ |
| 9. En tumörsjukdom?   | JA | NEJ |

**Tar du någon av följande läkemedel?**

- |  |    |     |
|--|----|-----|
| 10. Blodförtunnande?   | JA | NEJ |
| 11. Cytostatika?   | JA | NEJ |
| 12. Läkemedel som kan påverka immunförsvaret, exempelvis kortison? | JA | NEJ |