

Samtycke och erbjudande om vaccination mot covid-19

Barn och ungdomar får oftast lindriga symtom av covid-19. Men barn som blir sjuka i covid-19 kan drabbas av en sällsynt och allvarlig form av hyperinflammation och även få långvariga symtom som lukt- och smakbortfall efter sjukdomen.

Folkhälsomyndigheten har därför beslutat att ungdomar från fyllda 12 år ska erbjudas vaccination mot covid-19.

Läkemedelsmyndigheternas säkerhetsgranskning har visat att vaccinet är säkert och effektivt för barn från 12 år. Vaccinet ges i två doser.

Du behöver lämna samtycke till ditt barn eller din ungdoms vaccination

På denna blankett meddelar du om ditt barn ska vaccineras genom att kryssa i rutan nedan.

Om du som vårdnadshavare tackar nej till vaccination eller om samtycke inte lämnas in, kan ditt barn inte vaccineras. Om ditt barn själv vill bli vaccinerad och bedömts ha nått en sådan mognad, kan hen själv samtycka till vaccinationen.

Barnets namn:

Barnets personnummer:

Telefonnummer till vårdnadshavare.....

Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras mot covid-19.

Nej, jag samtycker inte till att mitt barn vaccineras mot covid-19.

Underskrifter

Ort: Datum:

Vårdnadshavares namnteckning:

Vårdnadshavares namnförtydligande:

Vårdnadshavares namnteckning:

Vårdnadshavares namnförtydligande:

Vid gemensam vårdnad krävs bådas namnteckning.

Jag är ensam vårdnadshavare.

Viktigt! Medtag den här samtyckesblanketten till vaccinationen, annars kan vaccination inte genomföras. Undantag kan göras genom en mognadsbedömning.

Hälsodeklaration – vaccination mot covid-19

Fyll i en hälsodeklaration per person, gäller personer 12 år och äldre.

Namn:	Personnummer:
-------	---------------

Inför din vaccination mot covid-19 ber vi dig att svara på följande frågor:

	JA	NEJ
1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård?		
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för?		
3. Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin?		
4. Är du gravid?		
5. Har du vaccinerats mot något annat än covid-19 de senaste 7 dagarna?		

Fylls i av vaccinationsmottagningen:

Covid-19-vaccin namn:	Dos 1		Dos 2	
Batch/lotnummer:				
Höger arm	Vänster arm	Ev annan lokalisation för administrering:		
Ev kommentar:				
Vaccinatörens namn:			Signatur:	
Vårdgivare:		Mottagning/enhet		
Registrerad i Mitt Vaccin				