

# Samtyckesblankett och hälsodeklaration vid vaccination mot covid-19 på skolan

## Gäller för barn som fyllt 12 år–15 år (födda 2006)

Vaccin ges både för att skydda ditt barn mot covid-19 och för att minska den påverkan som pandemin har på barnens skolgång och fritidsverksamheter. I Sverige är vaccinationen mot covid-19 frivillig och kostnadsfri. För fullgod effekt ges vaccinet två gånger med ett antal veckors intervall, mer information ges vid vaccinationstillfället.

## Samtycke

- På denna blankett meddelar du samtycke till att ditt barn vaccineras. Båda vårdnadshavarna behöver underteckna om vårdnaden är gemensam.
- Undertecknad samtyckesblankett och hälsodeklaration gäller för båda doserna. Meddela skolsköterskan om förutsättningarna för barnets hälsa ändras mellan doserna.
- Använd blanketten även för att meddela om du inte vill att ditt barn vaccineras på skolan av olika skäl, exempelvis om barnet redan påbörjat sin vaccination. Det underlättar planeringen av insatsen.
- Vårdnadshavare ska inte följa med barnet vid vaccinationstillfället på skolan. Om barnet har ett stort behov, exempelvis vid spruträdsla, kan vårdnadshavare följa med och vara ett stöd för barnet.

Om du samtycker till ditt barns vaccination ber vi er besvara frågorna i hälsodeklarationen, kryssa i samtycke och underteckna.

## Vänd!

# HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot covid-19

Vaccinationsdatum \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Fyll i en hälsodeklaration per person.

Namn \_\_\_\_\_

Har du allergier (t.ex. födoämne, insekter, läkemedel) som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du behövt behandling på akutmottagning eller inläggning på sjukhus för? Ja Nej

Har du någon gång efter vaccination eller efter injektion av något läkemedel fått en kraftig reaktion som du behövt behandling på akutmottagning eller inläggning på sjukhus för? Ja Nej

Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin? Ja Nej

*Om patienten behandlas med antikoagulantia se:*

[Vaccination och orala antikoagulantia på Janusinfo.se](#)

Är du gravid? Ja Nej

Om ja, ange graviditetsvecka \_\_\_\_\_

Har du vaccinerat dig mot något under de senaste 7 dagarna? Ja Nej

*Du bör ej vaccinera dig inom de närmaste 7 dagarna efter vaccination mot covid-19*

Känner du dig frisk idag utan tecken på infektion som ex. feber Ja Nej

Är du vård-/omsorgspersonal? Ja Nej

Samtycker du till att dina vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare? Ja Nej

Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras på skolan.

Nej, jag vill inte att mitt barn vaccineras på skolan.

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares namnteckning

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares namnteckning

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Ort, datum, telefon dagtid

\_\_\_\_\_  
Ort, datum, telefon dagtid

Lämna in undertecknad samtyckesblankett och hälsodeklaration till skolan så snabbt som möjligt. Det underlättar planeringen av vaccinationsinsatsen. Tack för er hjälp!