

HÄLSODEKLARATION

Vaccination mot HPV (humant papillomvirus)

Vaccinationsdatum _____

Personnr _____

Namn _____

HPV är ett virus som på sikt kan leda till livmoderhalscancer.
Vaccinet ges tre gånger med några månaders mellanrum.
Samtycket gäller för alla tre gånger.

Har ditt barn fått vaccination mot HPV tidigare?

Om ja, ange vilket vaccin och när _____

Ja

Nej

Har ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?

Om ja, ange vilket vaccin och hur _____

Ja

Nej

Har ditt barn haft så svår allergisk reaktion mot något annat
att det varit nödvändigt att söka sjukvård?

Ja

Nej

Har ditt barn fått någon vaccination de senaste 2–4 veckorna?

Om ja, ange vilket vaccin _____

Ja

Nej

Har ditt barn blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet?

Ja

Nej

Har ditt barn någon annan allvarlig kronisk sjukdom?

Om ja, vilken _____

Ja

Nej

Är ditt barn gravid?

Ja

Nej

Jag samtycker till att mitt barn vaccineras.

Ja

Nej

Jag samtycker till att mitt barns uppgifter får utlämnas
till Smittskyddsinstitutet och användas i utvärdering av
vaccinationsprogrammet (läs mer på [Vårdguiden.se](http://Vardguiden.se)).

Ja

Nej

Datum:

Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig_____
Namnunderskrift vårdnadshavare för minderårig_____
Namnförtydligande_____
Namnförtydligande

**Hälso- och sjukvården utgår från att föräldrar med gemensam vårdnad
agerar i samförstånd om enbart en av dem skriver under.**