

# 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 du fått vaccination mot HPV tidigare?

Om ja, ange vilket vaccin och när \_\_\_\_\_

 Ja Nej

Har du reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?

Om ja, ange vilket vaccin och hur \_\_\_\_\_

 Ja NejHar du haft så svår allergisk reaktion mot något annat  
att det varit nödvändigt att söka sjukvård? Ja Nej

Har du fått någon vaccination de senaste 2–4 veckorna?

Om ja, ange vilket vaccin \_\_\_\_\_

 Ja Nej

Har du blödarsjuka eller annan blödningsbenägenhet?

 Ja Nej

Har du någon annan allvarlig kronisk sjukdom?

Om ja, vilken \_\_\_\_\_

 Ja Nej

Är du gravid?

 Ja Nej

Jag samtycker till att vaccineras.

 Ja NejJag samtycker till att mina uppgifter går att  
läsas av andra vårdgivare. Ja NejJag samtycker till att mina uppgifter får utlämnas till  
Smittskyddsinstitutet och användas i utvärdering av  
vaccinationsprogrammet (läs mer på Vårdguiden.se). Ja Nej

Datum:

-----  
Namnunderskrift-----  
Namnförtydligande