

Rubrik: <b>Reservrutin övriga vaccinationer</b>	
Enhet/förvaltning: Hälso- och sjukvård Region Blekinge	Huvudområde/delområde: Vaccinationer
Ansvarig: Objektspecialist infektion	Utfärdare: Vaccinationsansvarig Region Blekinge
Gemensamt med:	Version: 2
Godkänt datum: 20211108	Nästa revidering: 20231108

## Reservrutin övriga vaccinationer

1. Inför vaccination fyller invånaren i Hälsodeklaration, sida 5. Hälsodeklaration och ordinations- och administreringsblankett MittVaccin för efterregistrering (sida 4) - ska alltid finnas utskrivna. Alla frågor är obligatoriska att besvara.
2. I samband med vaccination ska ställningstagande kring vaccinationslämplighet göras av vaccinator utifrån uppgifter ifyllda på hälsodeklarationen. Kontrollera även aktuell mailadress och mobilnummer till invånaren.
3. ID-kontroll utförs vid vaccinationstillfället.
4. Kontrollera med den som ska vaccineras samt vid behov i NPÖ (om tillgängligt) att inte vaccinering påbörjats sedan tidigare.
5. Ordination av läkare vid behov.
6. Vaccinet administreras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (läkare eller sjuksköterska).
7. Vaccinationsuppgifter registreras på sid 1 Hälsodeklaration och ordinations- och administreringsblankett MittVaccin för efterregistrering (samma som invånaren fyllt i under punkt 1) i direkt samband med vaccination.
8. Vaccinationsuppgifter efterregistreras endast i MittVaccin så fort journalstödet är tillgängligt.
9. Debiterbara vaccinationer registreras i NCSCross enligt rutin betalningsrutin.

*Tabell 1.*

Kundgrupper

Kundgrupp skall anges vid efterregistrering i MittVaccin.

1. Boende på SÄBO
2. Har hemsjukvård och/eller hemtjänst
3. Sammanboende med person som har hemsjukvård och/eller hemtjänst
4. Får insatser enligt LSS eller har personlig assistans
5. Personal inom hälso- och sjukvård eller omsorg, inklusive LSS
6. 70 år och äldre (ej SÄBO/hemsjukvård/hemtjänst)
7. Medicinsk riskgrupp över 16 år
8. Övrig allmänhet 12 - 69 år
9. Socialt utsatta
10. PFAS-studie
11. Medicinsk riskgrupp 12 - 15 år

*Tabell 2.*

**Typ av samtycke 12 - 17-åringar**

Typ av samtycke skall anges som kommentar (=journalanteckning) vid efterregistrering i MittVaccin.

1. Skriftligt samtycke vårdnadshavare
2. Samtycke medföljande vårdnadshavare
3. Bedömd mogen
4. Nekat vaccination efter mognadsbedömning

## Hälsodeklaration och ordinations- och administreringsblankett MittVaccin för efterregistrering

### Patientuppgifter

Kundgrupp (*ange siffra/siffror enligt tabell 1, max 2 st*): \_\_\_\_\_

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

För- och efternamn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_ Postadress: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

### Ordination

Vaccinamn: \_\_\_\_\_

Dosnummer: \_\_\_\_\_ Dosering: \_\_\_\_\_

Administration/Lokalisation: \_\_\_\_\_

Namnunderskrift

Ordinatór: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

### Administrering

Vaccinationsdatum: \_\_\_\_\_

Vaccinatör: \_\_\_\_\_

Batchnummer: \_\_\_\_\_

**Övrig kommentar** (*för typ av samtycke anges siffra enligt tabell 2*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

## Hälsodeklaration inför vaccination

Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård? Om JA, kommentar: _____	Ja    Nej
Är du allergisk mot något som INTE avser pollen, husdjur eller insekter? Om JA, kommentar: _____	Ja    Nej
Har du feber idag? Om JA, kommentar: _____	Ja    Nej
Använder du immundämpande läkemedel? Om JA, kommentar: _____	Ja    Nej
Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin? Om JA, kommentar: _____	Ja    Nej
Har du någon sjukdom/tillstånd som påverkar immunförsvaret (bortopererad mjälte, autoimmun sjukdom, SLE)? Om JA, kommentar: _____	Ja    Nej
Är du gravid? Om JA, kommentar: _____	Ja    Nej
Är du allergisk mot ägg? Om JA, kommentar: _____	Ja    Nej
Har du någon lever-, eller njursjukdom? Om JA, kommentar: _____	Ja    Nej
Ammar du? Om JA, kommentar: _____	Ja    Nej
Har du någon kronisk sjukdom? Om JA, kommentar: _____	Ja    Nej

Med min namnteckning nedan bekräftar jag:

- att ovanstående uppgifter är korrekta
- att jag lämnar samtycke till att mina personuppgifter behandlas hos vårdgivaren
- att jag önskar vaccination.

**Namnteckning** \_\_\_\_\_

**Namnförtydligande** \_\_\_\_\_