

## VACCINATIONSPLANERING

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

Namn och personnummer: \_\_\_\_\_

Underskrift och namnförtydligande ordinerande: \_\_\_\_\_

### Grundläggande frågor

	Ja	Nej	Vet ej
Har barnet följt hemlandets vaccinationsprogram? Land: _____			
Finns det någon i familjen som har eller har haft tuberkulos?			
Har barnet ärr efter BCG-vaccin?			
Information grundar sig på information från giltiga vaccinationsdokument.			
Information grundar sig på information från vårdnadshavare.			
Information grundar sig på information från annan person; vem?			

### Tidigare erhållna vaccin

Vaccin, erhållna	Ja	Nej	Vet ej	Dos 1	Dos 2	Dos 3	Dos 4	Dos 5
BCG vaccin								
Polio injektion (IPV)								
Polio, orala droppar (OPV)								
Stelkramp (tetanus)								
Difteri								
Kikhosta (pertussis)								
Hepatit B								
Mässling								
Påsjuka								
Röda hund								
HPV								
Pneumokockvaccin								
Annan vaccination								

### Ordination Uppvaccinering och *förslag* tidsintervall

Vaccin	Dos 1	Dos 2	Dos 3	Dos 4	Dos 5
MPR					
DTP					
Polio IPV					
Hepatit B					
HPV					