

Samtycke till det svenska barnvaccinationsprogrammet

I Sverige erbjuds alla barn ett vaccinationsprogram, se nedan. I vår Region erbjuds dessutom alla barn vaccination mot hepatit B som ges som en kombinationsspruta med de andra vaccinationerna vid 3, 5 och 12 månader.

Alder	Difteri-Stelkramp-Kikhosta- Hepatit B- Hemophilus B- Polio	Rotavirus	Pneumokocker	Mässling-påssjuka-röda hund
6-8 veckor		I		
3 mån	I	II	I	
5 mån	II	III	II	
12 mån	III		III	
18 mån				I
5-6 år	IV (ej Hemophilus B, Hepatit B)			

Dessa sjukdomar är utvalda då de är vanliga i barnaåren men kan ge allvarliga komplikationer både vid sjukdomen men också mer långsiktigt. Vid vaccination får man ett bra grundskydd mot dessa infektioner.

Gällande barn: _____

Personnummer: _____

- ☐ Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras enligt ordinarie program
- ☐ Jag vill att mitt barn får utvalda delar av vaccinationsprogrammet enligt nedan,

- ☐ Nej, jag vill inte att mitt barn vaccineras

Ort: _____ Datum: _____

Förälders/vårdnadshavares namnteckning

Förälders/vårdnadshavares namnteckning

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Undertecknas av båda vårdnadshavarna om vårdnaden är gemensam