

Checklista för BVC inför vaccination mot rotavirusinfektion och tuberkulos

Barnets personnummer _____ - _____ Datum _____ - _____ - _____

Barnets namn _____

Närvarande förälders namn _____

A. Allmänna frågor inför vaccination mot rotavirus eller tuberkulos

1. Har PKU-prov tagits enligt rutin?	JA	NEJ
2. Har barnet vårdats på sjukhus eller utreds barnet för misstänkt sjukdom?	JA	NEJ
3. Har barnet svåra hudförändringar, eksem eller utbredd svampinfektion (torsk) i mun/blöjregion/annan lokalisation som inte svarat på behandling?	JA	NEJ
4. Har barnet avvikelser i tillväxt utan rimlig förklaring?	JA	NEJ
5. Finns det föräldrar, syskon, kusiner eller föräldrars syskon som haft en svår sjukdom tidigt i livet (före 2 års ålder)?	JA	NEJ
6. Har den som fött barnet någon gång under graviditet eller amning behandlats med mediciner som kan försvaga immunförsvaret?	JA	NEJ

B. Frågor inför vaccination mot rotavirus

7. Har barnet haft tarminvagination?	JA	NEJ
8. Har barnet en medfödd tarmmissbildning eller genomgått mag- eller tarmkirurgi?	JA	NEJ

C. Frågor inför vaccination mot tuberkulos

9. Finns det någon i barnets nära omgivning som just nu har, eller utreds för aktiv tuberkulos?	JA	NEJ
10. Har barnet varit utomlands? Land _____	JA	NEJ

D. Tillägsfrågor inför vaccination mot tuberkulos efter 8 veckors ålder

11. Har barnet behandlats för upprepade antibiotikakrävande infektioner (inflammation i öron, bihålor eller lungor)?	JA	NEJ
12. Har barnet behandlats med kortison (gäller inte inhalationer eller hudbehandling) eller annat läkemedel som försvagar immunförsvaret, under den senaste månaden?	JA	NEJ
13. Har barnet vaccinerats mot mässling, påssjuka, röda hund, vattkoppor eller gula febern, under senaste månaden? (Gäller även om barnet haft någon av sjukdomarna.)	JA	NEJ

* För frågor om checklistans användning hänvisas till [separat manual på Rikshandboken i barnhälsovård](#)