



## Information och Medgivande till vaccination mot Hepatit B

Elevehälsans medicinska insats (EMI) vid Ådalsskolan erbjuder i samråd med Smittskyddet i Region Västernorrland studerande på Vård- och omsorgsprogrammet inför praktik information om, och vaccination mot Hepatit B. Vaccinationen minskar risken för sjukdomen avsevärt. För icke myndiga elever måste vårdnadshavare ge skriftligt tillstånd till provtagning och eventuell vaccination.

Folkhälsomyndigheten rekommenderar att alla spädbarn skall erbjudas vaccination mot Hepatit B. Folkhälsomyndigheten rekommenderar även att vaccination mot Hepatit B erbjuds i grupper med ökad risk att smittas eller drabbas av allvarlig sjukdom till följd av Hepatit B. Vissa yrken kan innebära en ökad risk att utsättas för Hepatit B-smitta i arbetet. Det gäller exempelvis personal inom hälso- och sjukvården och tandvården, personal på laboratorier som ofta kommer i kontakt med blod som kan vara smittat med Hepatit B, personal på omsorgsverksamhet där det finns en risk för att Hepatit B-smitta kan förekomma, personal inom kriminalvård och polis med särskilt hög risk att komma i kontakt med blod från smittförande personer, samt ambulanspersonal. I enlighet med Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2005:1) om mikrobiologiska arbetsmiljörisker är det arbetsgivarens ansvar att bedöma smittriskerna på arbetsplatsen och att vid behov erbjuda och bekosta nödvändiga medicinska förebyggande åtgärder, t.ex. vaccination, se <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/r/rekommendationer-for-profylax-mot-hepatit-b-profylax-med-vaccin-och-immunoglobulin-fore-och-efter-exposition/>

Vaccinationen omfattar grundvaccination med tre doser som ges vid tidpunkterna 0, 1-2 och 6 månader. Det är ovanligt med biverkningar men det vanligaste är reaktioner på injektionsstället såsom ömhet, rodnad och förhårdning, se även [www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=20041213000146](http://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=20041213000146)

- 1. Har du eller har du haft hepatit B? Ja    Nej
- 2. Är du vaccinerad mot hepatit B? Ja    Nej
- 3. I så fall, hur många doser har du fått och när?  
 Dos 1, datum \_\_\_\_\_  
 Dos 2, datum \_\_\_\_\_  
 Dos 3, datum \_\_\_\_\_

**Jag ger mitt tillstånd att jag/mitt barn vaccineras mot Hepatit B, ringa in Ditt svar.**

**JA**

**NEJ**

Elevens namn:..... Persnr:.....

.....  
Datum Vårdnadshavares/myndig elevs underskrift och namn..... Datum Vårdnadshavares underskrift och namn.....

**Undertecknas av båda vårdnadshavarna om vårdnaden är gemensam**

