

Vaccin mot hepatit A

Vaccinationen består av två doser som tas med 6-18 mån mellanrum.

**Du har fått Vaqta[®]
som skydd mot hepatit A**

Barn 12 mån till 17 år Vuxen 18 år och äldre

Dos 1 (datum) _____

Dos 2 (datum) _____

*För fullständig information om Vaqta
läs bipacksedeln i förpackningen eller på fass.se*

Vaccinatörens stämpel



Detta vaccinationskort tillhör:
(Namn, födelsedatum)



msd.se

Vaccin mot hepatit B

Vaccinationen består av tre doser som tas med 0,1 och 6 mån mellanrum.

**Du har fått HBvaxPRO®
som skydd mot hepatit B**

Barn 0 - 15 år Personer 16 år och äldre

Dos 1 (datum) _____

Dos 2 (datum) _____

Dos 3 (datum) _____

Vaccinatörens stämpel

*För fullständig information om HBvaxPRO
läs bipacksedeln i förpackningen eller på fass.se*



Detta vaccinationskort tillhör:
(Namn, födelsedatum)

Vaccin mot pneumokocker

Vuxna och barn >2 års ålder ges en singeldos vaccin. Rutinmässig revaccinering bör ej ske. De med ökad risk för allvarlig pneumokockinfektion kan övervägas revaccination minst 5 år (3 år för barn 2-10 år) efter primärvaccination.

Du har fått Pneumovax® som skydd mot allvarliga infektioner orsakade av pneumokocker

Dos 1 (datum) _____

Dos 2 (datum) _____

(endast vid revaccination)

*För fullständig information om Pneumovax
läs bipacksedeln i förpackningen eller på fass.se*

Vaccinatörens stämpel



MSD

Detta vaccinationskort tillhör:

(Namn, födelsedatum)



msd.se

Vaccin mot bältros

Vaccinet ges som singeldos.

Du har fått Zostavax® för att förebygga bältros och postherpetisk neuralgi (PHN), långvarig nervsmärta relaterad till bältros

Dos 1 (datum) _____

Vaccinatörens stämpel



*För fullständig information om Zostavax
läs bipacksedeln i förpackningen eller på fass.se*



Detta vaccinationskort tillhör:

(Namn, födelsedatum)



msd.se

Vaccin mot HPV

(HPV-typ 6,11,16,18, 31, 33, 45, 52 och 58)

Personer 9-14 år vaccineras normalt med 2 doser (vid 0 och 6 månader).

Personer 15 år och äldre vaccineras med tre doser (vid 0, 2, 6 månader).

Alla tre doser ska ges inom en ettårsperiod.

Du har fått GARDASIL 9[®] mot sjukdomar orsakade av HPV

Dos 1 (datum) _____

Dos 2 (datum) _____

Dos 3 (datum) _____
(beroende på ålder)

Vaccinatörens stämpel

*För fullständig information om Gardasil 9
läs bipacksedeln i förpackningen eller på fass.se*



MSD

Detta vaccinationskort tillhör:

(Namn, födelsedatum)