

Rutin för vaccination av personal mot hepatit B inklusive hälsodeklaration inför vaccinering

Personalgrupper som i sitt arbete riskerar att utsättas för hepatit B i arbetet ska, vid behov, erbjudas vaccination mot hepatit-B (AFS 2018:4). Riskbedömning i varje enskilt fall eller arbetsplats kan vara svår varför all vårdpersonal inom länet rekommenderas vaccination mot hepatit B, se även Rekommendationer för hepatit B vaccination av hälso- och sjukvårdspersonalpersonal

Delegering till sköterska att utföra vaccinationen

Beslut sker enl SOSFS 1997:14; om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården och tandvård. Beslutet ska dokumenteras, se Ordinationsrätt – Personligt direktiv för sjuksköterskor med rätt att ordinera vaccination till vuxna.

Beställning av hepatit B vaccin

I första hand rekvirerar varje enhet från sjukhusapoteket via fakturaportalen Raindance, HBVAXPRO 10µg/1ml eller Engerix-B 20µg/1ml. Det vaccin som f.n. är upphandlat är markerat. Enstaka doser kan även vid behov köpas från infektionsmottagningen.

Vaccinationens genomförande

Hepatit B-vaccin (HBVAXPRO 10mikrogr/1ml eller Engerix-B 20mikrogr/1ml) ges i tre doser vid tidpunkterna 0, 1 och 6 månader.

Checklistan på nästa sida används inför varje gång.

Vaccinet ges intramuskulärt i deltoideusregionen.

Immunitetskontroll (anti-HBs) skall utföras 1 månad efter tredje dosen: (gult serumrör).

Anti-HBs titer >10IU/L räknas som immunitet mot hepatit B.

Personal som är osäker på ev. tidigare fullständig hepatit B vaccination, kontrolleras med anti-HBs. Anti-HBs titer >10IU/L räknas som immunitet mot hepatit B och ytterligare doser behöver inte ges.

Personal som tidigare påbörjat hepatit B vaccination med annat hepatit B vaccin (Twinrix 1ml, HBVAXPRO 10mikrogr/1ml, Engerix-B 20mikrogr/1ml) kan fortsätta vaccinationen med det vaccin mot hepatit B som för närvarande är upphandlat.

Intervallerna mellan doserna kan förlängas men bör inte förkortas.

Dokumentation

Vaccinering ska journalföras i COSMIC, enligt särskild rutin.

Hälsodeklaration inför vaccination av personal mot hepatit B, används vid varje vaccineringstillfälle.

Namn

Personnummer

Vaccinationsfrågor:

Har du någon allergi som du behövt söka sjukvård för?

☐ Ja

☐ Nej

Kommentar:

Har du cancer, njursjukdom, blödningsrubbning eller någon immunologisk sjukdom?

☐ Ja

☐ Nej

Kommentar:

Tar du blodförtunnande eller immunnedsättande läkemedel?

☐ Ja

☐ Nej

Kommentar:

Har du reagerat kraftigt på tidigare vaccinationer?

☐ Ja

☐ Nej

Kommentar:

Om JA på någon av frågorna ovan, skrivs remiss till infektionsmottagningen för råd i det enskilda fallet.

Allergi: Hepatit B vaccin är inte kontraindicerat vid exempelvis äggallergi men om man har haft allvarliga allergiska reaktioner tidigare eller är känt överkänslig mot innehållet i vaccinet (kan innehålla spår av formaldehyd och latex) ska infektionsläkare konsulteras.

Det finns inga kända risker att vaccinera gravida mot hepatit B. Då risken att få hepatit B inom vården bedöms vara liten, kan den gravida välja om vaccinationen ska skjutas upp till efter partus.

GODKÄNT AV
Anna Granevörn

GRANSKAD AV
Lisa Fohlin

GILTIGT FR O M
2023-11-15



Namn på vaccinet_____

Vaccinationsdatum_____ batchnummer_____

Lokalisation: hö överarm _____ vä överarm _____

Vaccinerats av_____ Signatur_____

Dokumentation av innehållet i denna hälsodeklaration sker i journalmall. Denna vaccinationsmall personal hälsodeklarationen kan därefter slängas (ska ej scannas).

GODKÄNT AV
Anna Granevärm

GRANSKAD AV
Lisa Fohlin

GILTIGT FR O M
2023-11-15