

Questionnaire préalable à d'administration du vaccin contre la variole du singe Jynneos®

Question	Oui/Non
Avez-vous des allergies et/ou avez-vous déjà eu une réaction allergique grave à un vaccin ou à un médicament (p. ex. choc anaphylactique ?)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles ?
Êtes-vous allergique aux œufs de poule ou aux produits dérivés d'œufs ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Êtes-vous allergique à une ou plusieurs des substances contenues dans Jynneos® : trométhamine, chlorure de sodium, benzonase, gentamicine, ciprofloxacine (antibiotique) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels ?
Avez-vous de la fièvre ou d'autres symptômes de maladie ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Avez-vous actuellement une éruption cutanée (grosseurs ou plaques rouges, cloques, boutons, autres) ou des plaies, ou avez-vous contracté la variole du singe ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-il possible que vous ayez été exposé(e) à la variole du singe au cours des 14 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Avez-vous une pathologie qui affaiblit votre système immunitaire (p. ex. leucémie, cancer, infection par le VIH avec un nombre de cellules CDA4+ indéterminé ou < 200c/μL) ou un traitement qui affaiblit votre système immunitaire ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Avez-vous déjà eu des cicatrices chéloïdes (cicatrices tendant à s'étendre), une éruption cutanée (neurodermatite, dermatite atopique) ou une autre maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles ?
Avez-vous déjà eu une inflammation du muscle cardiaque (myocardite) ou une inflammation du péricarde (péricardite) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Êtes-vous enceinte, prévoyez-vous d'être enceinte ou allaitez-vous ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Avez-vous déjà été vacciné(e) contre la variole (en Suisse jusqu'en 1972) ou la variole du singe (Jynneos® ou autre vaccin) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, date de la vaccination et nom du vaccin ?
Un autre vaccin vous a-t-il été administré au cours des quatre dernières semaines ou prévoyez-vous de vous faire administrer un autre vaccin au cours des quatre prochaines semaines ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels ?
Prenez-vous des médicaments régulièrement ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels ?

Si vous avez répondu « oui » à une ou plusieurs des questions ci-dessus, cela n'est pas un critère d'exclusion de la vaccination. Mais une analyse individuelle est nécessaire pour déterminer s'il faut prendre des mesures de précaution supplémentaires lors de la vaccination. Il est impératif que vous en parliez avec le professionnel de la santé compétent sur le site de vaccination.



Déclaration de consentement à la vaccination contre la variole du singe avec le vaccin Jynneos® de Bavarian Nordic

Comme ce produit n'est pas autorisé en Suisse par Swissmedic, il est administré en utilisation dite « sans étiquette » (*no label use*).

État : 14.10.2022

Données personnelles de la personne à vacciner

Nom

Prénom

Date de naissance (JJ.MM.AAAA)

Téléphone

Adresse électronique

Déclaration de consentement

Après avoir reçu des explications détaillées de la part du professionnel de la santé compétent, je suis informé(e) au sujet de la vaccination avec le vaccin Jynneos® contre la variole du singe. Par la présente, je certifie avoir été informé(e) par le professionnel de la santé compétent que le vaccin Jynneos® qui va m'être administré n'est pas autorisé en Suisse (administration sans étiquette, *no label use*). Au cours d'un entretien personnel, ce professionnel m'a informé(e) en détail des aspects médicaux et juridiques de l'utilisation de ce vaccin. J'ai eu la possibilité de poser des questions et j'ai obtenu des réponses à toutes mes questions. Je lui ai communiqué mes antécédents médicaux.

Par la présente, je certifie avoir reçu des informations détaillées sur la vaccination avec le vaccin Jynneos®, j'atteste avoir compris ces informations ainsi que les bénéfices et les risques du vaccin Jynneos® et je consens à être vacciné(e) avec le vaccin Jynneos®.

Nom et prénom

Lieu

Date (JJ.MM.AAAA)

Signature de la personne à vacciner ou de son représentant légal

Si applicable : coordonnées du représentant légal (nom, prénom, téléphone, adresse électronique)

Cadre à remplir par le professionnel de la santé compétent

Nom et prénom du professionnel de la santé compétent

Signature du professionnel de la santé compétent