

Pyetësor për vaksinimin kundër lisë së majmunit me lëndën e vaksinimit “Jynneos®”

Pyetje	Po/Jo
Janë të njohura tek ju alergji dhe/ose keni pasur ndonjëherë një reaksion të rëndë alergjik ndaj një lënde vaksinimi ose medikamenti (p.sh. shok alergjik/anafilaksi)?	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Nëse po: cilat? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Jeni ju alergjik ndaj vezëve të pulave ose produkteve të vezëve?	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
Jeni ju alergjik ndaj lëndëve të mëposhtme përbërëse të “Jynneos®” : Trometamol, klorur natriumi, benzonazë, gentamicin dhe ciprofloxacín (antibiotikë)?	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Nëse po: cilat? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Keni temperaturë ose ndiheni në një mënyrë tjetër i sëmurë?	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
A keni në këtë kohë një skuqje të lëkurës (që mund të duket si gunga, flluska ose puçrra) ose vende me plagë në trupin tuaj, apo jeni të sëmurë nga lija e majmunit?	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
Ka të ngjarë që gjatë 14 ditëve të fundit ndoshta të keni qenë i përballur me linë e majmunit?	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
A keni një sëmundje që dobëson sistemin tuaj të imunitetit (p.sh. leukemia, kancer, infeksioni HIV me numër të panjohur të qelizave CD4+ ose qelizat CD4+ < 200c/μL) apo po merrni një trajtim që dobëson sistemin tuaj të imunitetit?	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
A keni pasur ndonjëherë shenja keloide nga plaga (shenja nga plaga në rritje) një skuqje të lëkurës (neurodemit / dermatit atopik) ose një sëmundje tjetër të lëkurës?	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Nëse po: cilat? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
A keni pasur ndonjëherë infeksion të muskullit të zemrës (miokardit) ose infeksion të qeses rreth zemrës (perikardit)?	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
Jeni shtatzënë, keni ndërmend të ngeleni shtatzënë ose ushqeni me gji?	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
A jeni vaksinuar tanimë kundër lisë (në Zvicër deri në vitin 1972) ose lisë së majmunëve (“Jynneos®” ose një lëndë tjetër vaksinimi)?	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Nëse po: Emrin e lëndës së vaksinimit dhe datën? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
A keni marrë një vaksinim tjetër në 4 javët e fundit dhe/ose është planifikuar një vaksinim në 4 javët e ardhshme?	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Nëse po: cilat? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Merrni ju rregullisht medikamente?	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Nëse po: cilat? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Nëse ju i jeni përgjigjur një ose më shumë pyetjeve të mësipërme me “po”, ky nuk është një kriter përjashtimi për vaksinimin. Por ka nevojë për një sqarim individual, sepse ndoshta mund të nevojiten masa paraprake shtesë gjatë vaksinimit. Prandaj i bisedoni këto aspekte patjetër me personelin e kualifikuar mjekësor përgjegjës në vendin e vaksinimit.

Deklaratë miratimi për një vaksinim kundër lisë së majmunit me lëndën e vaksinimit “Jynneos®” nga “Bavarian Nordic”.

Produkti nuk është i lejuar nga “Swissmedic” në Zvicër. Përdorimi pason si një përdorim pa etiketë (No-Label-Use).

Gjendja: 14.10.2022

Të dhënat personale të personit që do të vaksinohet

Mbiemri

Emri

Datëlindja (DD.MM.VVVV)

Numri i telefonit

Adresa e e-mailit

Deklaratë miratimi

Pas një sqarimi të kujdesshëm dhe me hollësi nëpërmjet personit të kualifikuar mjekësor përgjegjës, jam informuar mbi vaksinimin “Jynneos®” kundër lisë së majmunit. Unë vërtetoj se jam informuar nga personi i kualifikuar mjekësor përgjegjës për këtë, se lënda për vaksinim “Jynneos®”, e cila do të përdoret në mua nuk është e lejuar në Zvicër (dhënie pa etiketë). Unë u informova gjerësisht nga personi i kualifikuar mjekësor përgjegjës për aspektet mjekësore dhe ligjore gjatë përdorimit të kësaj lënde vaksinimi në bisedë personale. Unë kisha mundësinë të shtroja pyetje dhe të gjitha pyetjet e mia morën përgjigje. Unë i kam treguar personit të kualifikuar mjekësor përgjegjës historinë time të sëmundjes.

Unë vërtetoj që jam informuar hollësisht për vaksinimin me “Jynneos®”. Unë vërtetoj që i kam kuptuar informacionet për vaksinimin “Jynneos®”. Unë vërtetoj që i kam kuptuar dobitë dhe rreziqet e lëndës për vaksinim “Jynneos®”. Unë jam dakord të marr një vaksinë me lëndën për vaksinim “Jynneos®”.

Mbiemri dhe emri

Vendi

Data (DD.MM.VVVV)

Nënshkrim i personit që do të vaksinohet ose përfaqësimit ligjor

Nëse është e saktë: Të dhënat e përfaqësimit ligjor (Mbiemri/ Emri / Tel. / E-Mail)

Të plotësohet nga personi i kualifikuar mjekësor përgjegjës

Mbiemri dhe emri i personit të kualifikuar mjekësor përgjegjës

Nënshkrim i personit të kualifikuar mjekësor përgjegjës