

Questionário sobre a vacinação contra a varíola símia com a vacina Jynneos®

Pergunta	Sim/ Não
Tem alergias e/ou alguma vez teve uma reação alérgica grave a uma vacina ou um medicamento (p. ex. choque alérgico/anafilaxia)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Caso sim: quais?
É alérgico a ovos de galinha ou produtos de ovos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
É alérgico aos seguintes ingredientes da Jynneos®: trometamol, cloreto de sódio, benzonase, gentamicina e ciprofloxacina (antibióticos)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Caso sim: quais?
Tem febre ou sente-se doente de outra forma?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Tem atualmente uma erupção cutânea (que pode ter o aspeto de amolgadelas, bolhas ou espinhas) ou úlceras no corpo ou sofre de varíola símia?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Foi exposto eventualmente à varíola símia nos últimos 14 dias?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Sofre de uma doença que enfraquece o sistema imunitário (p. ex. leucemia, cancro, infeção pelo HIV com quantidade pouco clara de células CD4+ ou células CD4+ <200c/μL) ou está a receber um tratamento que enfraquece o seu sistema imunitário?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Alguma vez já teve formação de queloides (cicatrizes proliferativas), uma erupção cutânea (neurodermite / dermatite atópica) ou outra doença de pele?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Caso sim: quais?
Alguma vez já teve uma infeção do músculo cardíaco (miocardite) ou uma infeção do pericárdio (pericardite)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Está grávida, pretende ficar grávida ou está a amamentar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Já foi vacinado contra varíola (na Suíça até 1972) ou varíola símia (Jynneos® ou outra vacina)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Caso sim: nome da vacina e data?
Tomou outra vacina nas últimas 4 semanas e / ou outra vacina está planeada dentro das próximas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Caso sim: quais?
Está a tomar medicamentos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Caso sim: quais?

Se respondeu uma ou várias das perguntas acima com Sim, isto não é um critério de exclusão para uma vacina. Mas é necessária uma avaliação individual, uma vez que podem ser eventualmente necessárias medidas de precaução suplementares para a vacinação. Por isso, discuta sempre estes aspetos com o profissional médico responsável no posto de vacinação.

Declaração de consentimento para uma vacinação contra varíola símia com a vacina Jynneos® da Bavarian Nordic

Na Suíça, o produto não foi aprovado pela Swissmedic. A aplicação realiza-se como No-Label-Use.

Data de referência: 14-10-2022

Dados pessoais da pessoa a vacinar

Apelido

Nome próprio

Data de nascimento (DD-MM-AAAA)

Número de telefone

Endereço de e-mail

Declaração de consentimento

Após uma informação minuciosa e detalhada pelo profissional médico responsável, estou informado sobre a vacina Jynneos® contra a varíola símia. Confirmando que fui informado pelo profissional médico responsável que a vacina Jynneos® usada para mim não foi aprovada na Suíça (administração No-Label). Numa conversa pessoal, fui amplamente informado pelo profissional médico responsável sobre os aspetos médicos e legais relativos à utilização desta vacina. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas. Informe ao profissional médico responsável sobre o meu histórico clínico.

Confirmando que fui informado detalhadamente sobre a vacinação com Jynneos®. Confirmando que entendi as informações sobre a vacina Jynneos®. Confirmando que entendi os benefícios e riscos da vacina Jynneos®. Concordo ser vacinado com a vacina Jynneos®.

Apelido e nome próprio

Localidade

Data (DD-MM-AAAA)

Assinatura da pessoa a vacinar ou do representante legal

Se aplicável: Informações sobre o representante legal (apelido / nome próprio / tel. / e-mail)

A preencher pelo profissional médico responsável

Apelido e nome próprio do profissional médico responsável

Assinatura do profissional médico responsável