

Chestionarul privind vaccinarea împotriva virusului variola maimuței cu vaccinul Jynneos®

Întrebare	Da/Nu
Aveți alergii cunoscute și/sau ați avut vreodată o reacție alergică severă la un vaccin sau la un medicament (de exemplu, șoc anafilactic/ anafilaxie)?	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Dacă da: care? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Sunteți alergic(ă) la ouă de găină sau la produsele care conțin ouă?	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
Sunteți alergic(ă) la următoarele ingrediente ale vaccinului Jynneos® : Trometamol, clorură de sodiu, benzonază, gentamicină și ciprofloxacină (antibiotice)?	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Dacă da: care? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Aveți febră sau vă simțiți rău în orice alt mod?	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
Prezentați în prezent o erupție cutanată (care poate arăta ca niște umflături, bășici sau coșuri) sau răni pe corp, sau v-ați îmbolnăvit de variola maimuței?	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
În ultimele 14 zile ați fost posibil expus(ă) virusului variola maimuței?	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
Suferiți de vreo boală care vă slăbește sistemul imunitar (de exemplu, leucemie, cancer, infecție HIV cu un număr neclar de celule CD4+ sau celule CD4+ < 200c/μL) sau urmați un tratament care cauzează slăbirea sistemului imunitar?	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
Ați avut vreodată cicatrici cheloide (cicatrici proliferante), o erupție cutanată (neurodermatită/ dermatită atopică) sau orice altă afecțiune a pielii?	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Dacă da: care? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Ați suferit vreodată de inflamație la nivelul mușchiului cardiac (miocardită) sau la nivelul pericardului (pericardită)?	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
Sunteți însărcinată, intenționați să rămâneți însărcinată sau alăptați?	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
Ați primit deja vaccinul împotriva variolei (în Elveția până în 1972) sau împotriva variolei maimuței (Jynneos® sau alt vaccin)?	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Dacă da: specificați denumirea vaccinului și data vaccinării. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Ați mai primit vaccin în ultimele 4 săptămâni și/sau este planificată o vaccinare în următoarele 4 săptămâni?	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Dacă da: care? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Luați medicamente în mod regulat?	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Dacă da: care? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Dacă ați răspuns afirmativ la una sau mai multe dintre întrebările de mai sus, acesta nu este un criteriu de excludere de la vaccinare. În asemenea situații este necesară clarificarea individuală, deoarece este posibil, să fie necesară completarea vaccinării cu măsuri de precauție suplimentare. Așadar, nu uitați să discutați aceste aspecte cu personalul medical specializat responsabil de la punctul de vaccinare.

Declarația de consimțământ privind vaccinarea împotriva variolei maimuței cu vaccinul Jynneos® de la Bavarian Nordic

Produsul nu este autorizat de Swissmedic pentru utilizare în Elveția. Utilizarea are loc în regim off-label.

Data: 14.10.2022

Datele personale ale persoanei solicitante a vaccinului

Numele

Prenumele

Data nașterii (ZZ.LL.AAAA)

Numărul de telefon

Adresa de e-mail

Declarația de consimțământ

Prin prezenta declar, că am fost informat(ă) în mod corespunzător și detaliat de către medicul specialist despre vaccinul Jynneos® folosit pentru administrarea vaccinului împotriva virusului variola maimuței. Prin prezenta, confirm că am fost informat(ă) de către medicul specialist responsabil despre faptul că vaccinul Jynneos® care îmi va fi administrat nu este autorizat în Elveția (administrare off-label). În cadrul unei discuții personale, am fost informat(ă) în mod cuprinzător de către medicul specialist responsabil cu privire la aspectele medicale și juridice ale utilizării acestui vaccin. Am beneficiat de posibilitatea de a adresa întrebări și am primit răspuns la toate întrebările adresate. Am prezentat istoricul meu medical medicului specialist responsabil.

Prin prezenta, confirm faptul că am fost informat(ă) în detaliu despre vaccinul Jynneos®. Prin prezenta, confirm faptul că am înțeles informațiile referitoare la vaccinul Jynneos®. Prin prezenta, confirm faptul că am înțeles informațiile referitoare la vaccinul Jynneos®. Prin prezenta, declară că sunt de acord cu administrarea vaccinului Jynneos®.

Numele și prenumele

Locul

Data (ZZ.LL.AAAA)

Semnătura persoanei de vaccinat sau a reprezentantului legal al acesteia

Dacă este cazul: Datele reprezentantului legal (numele/prenumele/telefon/adresa de e-mail)

De completat de către medicul specialist responsabil

Numele și prenumele medicului specialist responsabil

Semnătura medicului specialist responsabil