

Cuestionario para vacunación contra la viruela del mono con la vacuna Jynneos®

Pregunta	Sí/No
¿Tiene usted alergias conocidas y/o ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a una vacuna o a un medicamento (por ej. un shock alérgico o una anafilaxia)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿cuáles?
¿Es usted alérgico a los huevos de gallina o a los productos derivados del huevo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Es usted alérgico a los siguientes componentes de Jynneos®: trometamol, cloruro de sodio, benzonasa, gentamicina y ciprofloxacino (antibióticos)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿cuáles?
¿Tiene usted fiebre o se siente enfermo de alguna otra manera?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene actualmente erupciones cutáneas (con aspecto de bultos, ampollas o granos) o heridas en el cuerpo o tiene la viruela del mono?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Es probable que haya estado expuesto a la viruela del mono en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Padece usted una enfermedad que debilita su sistema inmunológico (por ej. leucemia, cáncer, infección con VIH con cantidad indeterminada de células CD4+ o células CD4+ < 200c/μL), o recibe un tratamiento que debilita su sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Ha tenido alguna vez cicatrices queloides (cicatrices que crecen), erupciones cutáneas (neurodermatitis / dermatitis atópica) o alguna otra enfermedad cutánea?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿cuáles?
¿Ha padecido alguna vez una inflamación del miocardio (miocarditis) o una inflamación del pericardio (pericarditis)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Está usted embarazada o tiene previsto quedarse embarazada, o está en periodo de lactancia?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Se ha vacunado alguna vez contra la viruela (en Suiza hasta 1972) o contra la viruela del mono (Jynneos® u otra vacuna)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: Nombre de la vacuna y fecha de vacunación
¿Ha recibido usted otra vacuna en las últimas 4 semanas y/o tiene previsto vacunarse en las próximas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿cuál?
¿Toma algún medicamento con regularidad?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo ¿cuáles?

El hecho de responder afirmativamente a una o varias de las preguntas arriba mencionadas no constituye un criterio de exclusión para la vacunación. No obstante, se requiere un análisis individualizado, dado que pueden ser necesarias medidas de precaución adicionales durante la vacunación. Por ello, es esencial que comente usted estos aspectos con el especialista médico responsable en el punto de vacunación.

Declaración de consentimiento con la vacunación contra la viruela del mono con la vacuna Jynneos® de Bavarian Nordic

En Suiza el producto no cuenta con la aprobación de Swissmedic. La utilización se realiza en tanto que uso "no-label".

Fecha: 14.10.2022

Datos personales de la persona que recibe la vacuna

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento (dd.mm. aaaa)

Número de teléfono

Correo electrónico

Declaración de consentimiento

Durante una conversación minuciosa y detallada con el especialista médico responsable se me ha informado sobre la vacuna Jynneos® contra la viruela del mono. Por la presente confirmo que el especialista médico responsable me ha informado de que la vacuna Jynneos®, que se me va a administrar, no está autorizada en Suiza (uso "no-label"). El especialista médico responsable me ha informado detalladamente en una conversación personal de los aspectos médicos y legales en torno a la utilización de esta vacuna. He tenido la posibilidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas. He informado al especialista médico responsable sobre mi historial médico.

Confirmando que he sido informado detalladamente sobre la vacuna con Jynneos®. Confirmando que he entendido las informaciones sobre la vacuna Jynneos®. Confirmando que he entendido los beneficios y los riesgos que conlleva la vacuna Jynneos®. Estoy de acuerdo con que se me administre la vacuna Jynneos®.

Apellido y nombre

Lugar

Fecha (dd.mm. aaaa)

Firma de la persona que recibe la vacuna o de su representante legal

Si procede: Datos sobre la representación legal (apellido/ nombre/ teléfono / correo electrónico)

A rellenar por el especialista médico responsable

Apellido y nombre del especialista médico responsable

Firma del especialista médico responsable