

Maymun çiçeğine karşı Jynneos® aşı maddesiyle aşılama hakkında anket formu

Soru	Evet/Hayır
Bilinen alerjileriniz var mı ve / veya hiç herhangi bir aşı maddesine ya da bir ilaca karşı ağır bir alerjik reaksiyon (örn. alerjik bir şok / anafilaksi) gösterdiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Cevabınız evetse: hangileri?
Tavuk yumurtasına ya da yumurtalı ürünlere karşı alerjiniz var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Jynneos®'un aşağıdaki içeriklerinden birine karşı alerjiniz var mı: Trometamol, Sodyum klorit, Benzonaz, Gentamicin ve Ciprofloksacin (antibiyotik)?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Cevabınız evetse: hangileri?
Ateşiniz var mı ya da başka herhangi bir nedenle kendinizi hasta hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Şu anda (yumru, kabarcık ya da sivilce gibi görünen) derinizde herhangi bir döküntü ya da vücudunuzda yara var mı ya da maymun çiçeğinden hastalandınız mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Son 14 gün içinde maymun çiçeğine maruz kalmış olabilir misiniz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Bağışıklık sisteminizi zayıflatan bir hastalığınız (örn. lösemi, kanser, CD4+ hücreleri ya da CD4+ hücreleri < 200c/µL şeklinde sayısı belirsiz HIV enfeksiyonu) var mı, veya bağışıklık sisteminizi zayıflatan bir tedavi görmekte misiniz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Hiç şişkin yaralarınız (hızla çoğalan yaralar), deride döküntü (nörodermatit / atopik dermatit) ya da başka herhangi bir cilt hastalığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Cevabınız evetse: hangileri?
Hiç kalp kaslarınızda iltihaplanma (miyokardit) ya da kalp dış zarınızda iltihaplanma (perikardit) meydana geldi mi?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Hamile misiniz, hamile kalmaya niyetiniz var mı ya da çocuk emziriyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Daha önce çiçek hastalığına (İsviçre'de 1972'ye kadar) ya da maymun çiçeği hastalığına karşı (Jynneos® ya da başka aşı maddesi) aşı oldunuz mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Cevabınız evetse: Aşı maddesinin adı ve tarihi?
Son 4 hafta içinde başka bir aşı yaptırdınız ve / veya önümüzdeki 4 hafta içinde yaptırmayı planladınız mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Cevabınız evetse: hangileri?
Devamlı kullandığınız ilaç var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Cevabınız evetse: hangileri?

Yukarıdaki soruların bir ya da birden fazlasını evet diye cevaplandırmış olsanız bile bu aşılama dışlanmanız için bir ölçüt değildir. Ancak, aşılama öncesi muhtemelen ek bazı tedbirler alınması gerekebileceğinden durumunuzun bireysel olarak açıklığa kavuşturulması gerekecektir. Bu nedenle bu konuları aşılama merkezindeki sorumlu uzman sağlık personeliyle mutlaka görüşmelisiniz.

Bavarian Nordic'in Jynneos® adlı aşı maddesiyle maymun çiçeğine karşı aşılama için kabul beyanı

Bu ürün İsviçre'de Swissmedic tarafından onaylanmamıştır. Uygulanması No-Label-Use (etiketsiz kullanım) şeklindedir.

Geçerlilik tarihi: 14.10.2022

Aşı olacak kişinin kimlik bilgileri

Soyadı

Adı

Doğum tarihi (gg.aa.yyyy)

Telefon numarası

E-posta adresi

Kabul Beyanı

Sorumlu sağlık uzman personeli tarafından gerçekleştirilen titizlikle ve ayrıntılı açıklamalardan sonra ben maymun çiçeğine karşı Jynneos® aşısı hakkında bilgi sahibi oldum. Sorumlu sağlık uzman personeli tarafından bende uygulanacak olan Jynneos® aşı maddesinin İsviçre'de onaylanmamış olduğu (etiketsiz uygulanması) konusunda bilgilendirildiğimi onaylarım. Sorumlu sağlık uzman personeli tarafından bu aşı maddesinin uygulanmasıyla ilgili tıbbi ve hukuki konular hakkında yüz yüze yapılan bir görüşme sırasında ayrıntılı olarak bilgilendirildim. Soru sormama imkân tanındı ve bütün sorularım cevaplandırıldı. Sorumlu sağlık uzman personeline sağlığımla ilgili öz geçmişim hakkında bilgilendirdim.

Jynneos® ile yapılan aşılama hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirildiğimi onaylarım. Jynneos® aşılması hakkında verilen bilgileri anladığımı onaylarım. Jynneos® aşı maddesinin yararlarını ve risklerini anladığımı onaylarım. Jynneos® aşı maddesi ile aşı olmayı kabul ediyorum.

Soyadı ve adı

Yer

Tarih (gg.aa.yyyy)

Aşı olacak kişinin ya da yasal temsilcisinin imzası

Gerekli olması halinde: Yasal temsilciye ait bilgiler (Soyadı / adı / Tel. / e-posta)

Sorumlu sağlık uzman personeli tarafından doldurulacaktır

Sorumlu sağlık uzman personelinin soyadı ve adı

Sorumlu sağlık uzman personelinin imzası