Nom :

Date de naissance :

|  |
| --- |
| **Avant de vous rendre au lieu de vaccination :** |
| 1. | Le jour de la vaccination, avez-vous une température de 38 °C ou plus ? | [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si oui, contactez premièrement un médecin avant de vous rendre au lieu de vaccination pour évaluer s'il est possible que vous ayez contracté la variole du singe. Le médecin peut décider que vous devez d'abord vous faire tester pour déterminer si vous avez attrapé la variole du singe. |  |
| 2. | Présentez-vous d'autres symptômes pouvant correspondre à une contamination à la variole du singe, tels qu'une éruption cutanée avec vésicules, des maux de tête, des douleurs musculaires, un gonflement des ganglions et de la fatigue ? | [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si oui, contactez premièrement un médecin avant de vous rendre au lieu de vaccination pour évaluer s'il est possible que vous ayez contracté la variole du singe. Le médecin peut décider que vous devez d'abord vous faire tester pour déterminer si vous avez attrapé la variole du singe. |  |

|  |
| --- |
| **Informations médicales** |
| 3. | Avez-vous déjà été vacciné.e contre la varicelle ? | [ ]  oui [ ]  non[ ]  je ne sais pas |
|  | Si oui, signalez-le au médecin ou à l'infirmier.ère, car une dose unique du vaccin est alors généralement suffisante. |  |
| 4. | Avez-vous déjà reçu le vaccin Imvanex dans le passé ? | [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si oui, quand ? | Date: ………………………  |
|  | Avez-vous été vacciné.e à la suite d'un contact avec une personne atteinte de variole du singe ? | [ ]  oui [ ]  non |
| 5. | Avez-vous déjà eu la variole du singe ? | [ ]  oui [ ]  non |
| 6. | Votre système immunitaire est-il affaibli en raison d'une maladie ou prenez-vous des médicaments immunosuppresseurs, par exemple :* 1. VIH
	2. Maladie auto-immune (polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn ou colite ulcéreuse, psoriasis, sclérose en plaques) pour laquelle vous devez prendre des médicaments
	3. Dialyse
	4. Greffe d'organe (rein, poumon, cœur, foie)
	5. Cancer pour lequel vous suivez actuellement un traitement
	6. Cancer du sang (leucémie ou lymphome) ou greffe de cellules souches, ou êtes-vous actuellement suivi.e par un hématologue ?
	7. Trouble immunitaire génétique grave
	8. Autre
 | [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si oui, veuillez préciser de quelle maladie il s'agit et le nom des médicaments que vous prenez. Le médecin ou l'infirmier.ère pourra alors évaluer si vous pouvez recevoir une 2e dose de vaccin après 28 jours. |  |
|  | Maladie : | ……………………………………………………………………………………………… |
|  | Traitement : | ……………………………………………………………………………………………… |
| 7. | Avez-vous déjà eu une réaction allergique aigüe, par exemple à un médicament (y compris des antibiotiques) ou à un vaccin ? | [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si oui, à quoi avez-vous réagi ? | ………………………………………………………………… |
|  | Suivez-vous un traitement pour cette allergie ? | [ ]  oui [ ]  non |
|  | Discutez de la réaction allergique avec le médecin ou l'infirmier.ère. |  |
| 8. | Avez-vous déjà eu une réaction allergique aigüe aux protéines de poulet ? | [ ]  oui [ ]  non |
|  | Suivez-vous un traitement pour cette allergie ? | [ ]  oui [ ]  non |
| 9. | Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ? | [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si vous êtes enceinte, vous pouvez recevoir le vaccin, mais devez d'abord en parler avec le médecin ou l'infirmier.ère. |  |
| 10. | Vous êtes-vous déjà évanoui.e après avoir reçu un vaccin ? | [ ]  oui [ ]  non |
| 11. | Devez-vous subir prochainement une opération sous anesthésie ? | [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si oui, quand ? | Date: ………………………  |
| 12. | Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous reçu un autre vaccin ou prévoyez-vous de recevoir un autre vaccin dans les 4 semaines prochaines ? | [ ]  oui [ ]  non |
| 13. | Est-il prochainement prévu que vous receviez une transfusion d'immunoglobulines (IVIG) ou en avez-vous reçue une récemment ? | [ ]  oui [ ]  non |
| 14. | Les ganglions lymphatiques axillaires ont-ils été retirés dans le passé ? | [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si oui, de quel côté ? |  |
| 15. | Avez-vous déjà eu une crise épileptique liée à la fièvre ou à la suite d'une vaccination ? | [ ]  oui [ ]  non |
| 16. | Souffrez-vous encore d'effets secondaires au point d'injection de la première dose de vaccin Imvanex ? | [ ]  oui [ ]  non |
|  | Si oui, de quels effets souffrez-vous ? …………………………………………………………. |  |

Vous avez répondu par « oui » à une question ou plus ?

Le médecin ou le personnel infirmier s'entretiendra avec vous pour veiller à ce que la vaccination se déroule sans problème.