

# Certificado sanitario

Vacuna contra la viruela del mono con Imvanex

Nombre:

Fecha de nacimiento:

<b>Antes de acudir al centro de vacunación</b>		
1.	¿Tiene usted fiebre (38 grados o más) el día de la vacunación?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
En caso afirmativo, póngase en contacto con un médico antes de acudir al centro de vacunación para que valore si es posible que esté infectado/a con la viruela del mono. El médico puede decidir realizarle antes un test de viruela del mono.		
2.	¿Presenta otros síntomas compatibles con una infección con viruela del mono, como sarpullido con ampollas, dolor de cabeza, dolor muscular, inflamación de los ganglios linfáticos o fatiga?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
En caso afirmativo, póngase en contacto con un médico antes de acudir al centro de vacunación para que valore si es posible que esté infectado con la viruela del mono. El médico puede decidir realizarle antes un test de viruela del mono.		

<b>Medisch</b>		
3.	¿Está vacunado/a contra la viruela?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no lo sé
En caso afirmativo, comuníquese al personal médico o de enfermería, ya que normalmente es suficiente con una sola dosis de la vacuna.		
4.	¿Le han administrado alguna vez una vacuna de Imvanex?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
De ser así, ¿cuándo? fecha: .....		
	¿Fue por haber estado en contacto con alguien infectado con viruela del mono?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
5.	¿Ha padecido la viruela del mono?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
6.	¿Tiene debilitado el sistema inmunitario a causa de alguna afección o está tomando fármacos inmunodepresores? Por ejemplo:	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
a. VIH		
b. ¿Enfermedades autoinmunes (como por ejemplo, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, psoriasis, esclerosis múltiple) para las que deba tomar medicación		
c. Diálisis		
d. Trasplante de órganos (riñón, pulmón, corazón, hígado)		
e. Cáncer para el que esté recibiendo tratamiento actualmente		
f. Cáncer de sangre (leucemia o linfoma) o trasplante de células madre o está recibiendo tratamiento hematológico actualmente		
g. Inmunodeficiencia congénita grave		
h. Otros		
En caso afirmativo: indique la enfermedad en concreto y los medicamentos que está tomando. De esta forma, el personal médico o de enfermería determinará si puede recibir una segunda dosis a los 28 días.		
Enfermedad: .....		
Medicación: .....		

# Certificado sanitario

Vacuna contra la viruela del mono con Imvanex

7. ¿Ha sufrido alguna vez una reacción alérgica grave, a medicamentos (incluidos los antibióticos) o vacunas, por ejemplo?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
En caso afirmativo: ¿a qué sustancia en concreto? .....		
¿Recibió tratamiento para ello?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Describa al personal médico o de enfermería la reacción alérgica.		
8. ¿Ha sufrido alguna vez una reacción alérgica grave a la proteína de pollo?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
¿Recibió tratamiento para ello?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
9. ¿Está embarazada o en período de lactancia?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Si está embarazada: puede recibir la vacuna, aunque es conveniente que se lo indique al personal médico o de enfermería.		
10. ¿Se ha desmayado alguna vez después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
11. ¿Va a ser sometido/a próximamente a una operación con anestesia?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
De ser así, ¿cuándo?	fecha: .....	
12. ¿Le han administrado otra vacuna en las últimas cuatro semanas o tiene programada otra vacuna en las próximas cuatro semanas?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
13. ¿Tiene planeada para dentro de poco una transfusión con inmunoglobulinas (IVIG) o se la han hecho recientemente?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
14. ¿Usted se ha sometido a una extirpación de los ganglios linfáticos axilares en el pasado?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
En caso afirmativo, ¿en qué lado?		
15. ¿Ha sufrido alguna vez un ataque epiléptico por causa de la fiebre o tras recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
16. ¿Sigue experimentando actualmente efectos secundarios en el lugar de administración de la primera vacuna Imvanex?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
En caso afirmativo, ¿cuál? .....		

¿Ha respondido afirmativamente a una o más de las preguntas anteriores?

En ese caso, deberá hablar con el personal médico o de enfermería, para poder administrarle la vacuna sin problemas.