Naam:

Geboortedatum:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Voor u naar de vaccinatielocatie komt** | | |
| 1. | Heeft u koorts van 38 graden of hoger op de dag van de vaccinatie? | ja  nee |
|  | Zo ja, neem dan voor u naar de vaccinatielocatie komt eerst contact op met een arts om te beoordelen of u op dit moment mogelijk monkeypoxheeft. De arts kan besluiten dat er eerst op monkeypox getest moet worden. |  |
| 2. | Heeft u andere klachten die kunnen passen bij een besmetting met monkeypox, zoals uitslag met blaasjes, hoofdpijn, spierpijn, gezwollen lymfeklieren, moeheid? | ja  nee |
|  | Zo ja, neem dan voor u naar de vaccinatielocatie komt eerst contact op met een arts om te beoordelen of u op dit moment mogelijk monkeypox heeft. De arts kan besluiten dat er eerst op monkeypox getest moet worden. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medisch** | | | | | |
| 3. | Bent u in het verleden tegen pokken gevaccineerd geweest? | | | ja  nee  weet niet | |
|  | Indien ja: meldt dat aan de arts of verpleegkundige, want dan is één dosis van het vaccin meestal voldoende. | | |  | |
| 4. | Heeft u eerder een vaccinatie met Imvanex gehad? | | | | ja  nee |
|  | Indien ja: wanneer? | | | | Datum: ……………………… |
|  | Was dit vanwege contact met iemand met monkeypox? | | | | ja  nee |
| 5. | Heeft u eerder monkeypox gehad? | | | | ja  nee |
| 6. | Heeft een verzwakt immuunsysteem door een aandoening of gebruikt u medicijnen die de afweer onderdrukken? Bijvoorbeeld:   * 1. Hiv   2. Auto-immuunziekte (bijv. reumatoïde artritis, ziekte van Crohn of colitis ulcerosa, psoriasis, Multiple sclerose) waarvoor u medicijnen moet innemen   3. Dialyse   4. Orgaantransplantatie (nier, long, hart, lever)   5. Kanker, waarvoor u op dit moment behandeld wordt   6. Bloedkanker (leukemie of lymfoom) of stamceltransplantatie of bent u op dit moment onder behandeling van een hematoloog   7. Ernstige aangeboren afweerstoornis   8. Anders | | | | ja  nee |
|  | Indien ja: geef door om welke aandoening het gaat en welke medicijnen u gebruikt. Dan kan de arts of verpleegkundige beoordelen of u in aanmerking komt voor een 2e vaccinatie na 28 dagen. | | | |  |
|  | Aandoening: | ……………………………………………………………………………………………… | | | |
|  | Medicatie: | ……………………………………………………………………………………………… | | | |
| 7. | Heeft u wel eens een ernstige allergische reactie gehad, bijvoorbeeld op medicijnen (waaronder antibiotica) of vaccins? | | | | ja  nee |
|  | Zo ja, waarop? | | ……………………………………………………………………………………… | | |
|  | Bent u daarvoor behandeld? | | | | ja  nee |
|  | Bespreek met de arts of verpleegkundige de allergische reactie. | | | |  |
| 8. | Heeft u een ernstige allergische reactie gehad op kippeneiwit? | | | | ja  nee |
|  | Bent u daarvoor behandeld? | | | | ja  nee |
| 9. | Bent u zwanger of geeft u borstvoeding? | | | | ja  nee |
|  | Indien zwanger: ook dan kunt u gevaccineerd worden, maar bespreek dit eerst met de arts of verpleegkundige. | | | |  |
| 10. | Bent u wel eens flauw gevallen na een vaccinatie? | | | | ja  nee |
| 11. | Heeft u binnenkort een operatie onder narcose? | | | | ja  nee |
|  | Indien ja: wanneer? | | | | Datum: ……………………… |
| 12. | Heeft u de afgelopen 4 weken een andere vaccinatie gehad of heeft u in de komende 4 weken een andere vaccinatie gepland? | | | | ja  nee |
| 13. | Heeft u binnenkort een transfusie met immunoglobulines (IVIG) gepland staan of recent gehad? | | | | ja  nee |
| 14. | Zijn er in het verleden klieren in de oksel verwijderd? | | | | ja  nee |
|  | Zo ja: welke zijde? | | | |  |
| 15. | Heeft u wel eens een epileptische aanval gehad bij koorts of na vaccinatie? | | | | ja  nee |
| 16. | Heeft u nu nog last van bijwerkingen ter plaatse van de toedieningsplek van de eerste Imvanex-vaccinatie? | | | | ja  nee |
|  | Zo ja, welke? ………………………………………………………………………………………………… | | | |  |

Heeft u 1 of meer vragen met ‘ja’ beantwoord?

Dan krijgt u een gesprek met de arts of verpleegkundige, zodat uw vaccinatie goed gaat.