

Questionnaire de santé

Vaccin Imvanex contre la variole simienne (mpox)

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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 simienne. Le médecin peut décider que vous devez d'abord vous faire tester pour déterminer si vous avez attrapé la variole simienne.	
2. Présentez-vous d'autres symptômes pouvant correspondre à une contamination à la variole simienne, tels qu'une éruption cutanée avec vésicules, des maux de tête, des douleurs musculaires, un gonflement des ganglions et de la fatigue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 simienne. Le médecin peut décider que vous devez d'abord vous faire tester pour déterminer si vous avez attrapé la variole simienne.	

Informations médicales	
3. Avez-vous déjà été vacciné.e contre la varicelle ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, quand ? Date: Avez-vous été vacciné.e à la suite d'un contact avec une personne atteinte de variole simienne ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
5. Avez-vous déjà eu la variole simienne ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
6. Votre système immunitaire est-il affaibli en raison d'une maladie ou prenez-vous des médicaments immunosuppresseurs, par exemple : a. VIH b. Maladie auto-immune (polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn ou colite ulcéreuse, psoriasis, sclérose en plaques) pour laquelle vous devez prendre des médicaments c. Dialyse d. Greffe d'organe (rein, poumon, cœur, foie) e. Cancer pour lequel vous suivez actuellement un traitement f. Cancer du sang (leucémie ou lymphome) ou greffe de cellules souches, ou êtes-vous actuellement suivi.e par un hématologue ? g. Trouble immunitaire génétique grave h. Autre 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 2 ^e dose de vaccin après 28 jours. Maladie : Traitement :	

Questionnaire de santé

Vaccin Imvanex contre la variole simienne (mpox)

7. Avez-vous déjà eu une réaction allergique aigüe, par exemple à un médicament (y compris des antibiotiques) ou à un vaccin ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, à quoi avez-vous réagi ? Suivez-vous un traitement pour cette allergie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Suivez-vous un traitement pour cette allergie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
9. Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
11. Devez-vous subir prochainement une opération sous anesthésie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, quand ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non 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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
13. Est-il prochainement prévu que vous receviez une transfusion d'immunoglobulines (IVIG) ou en avez-vous reçue une récemment ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
14. Les ganglions lymphatiques axillaires ont-ils été retirés dans le passé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
16. Souffrez-vous encore d'effets secondaires au point d'injection de la première dose de vaccin Imvanex ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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.