

Naam: Voorletters:..... m / v Geboortedatum: / /

Adres: Postcode: Woonplaats:

Telefoon: BSN: Mailadres:

Voor u naar de vaccinatie locatie komt:	
1.	<p>Heeft u koorts van 38 graden of hoger op de dag van de vaccinatie? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Zo ja, neem dan voor u naar de vaccinatie locatie komt eerst contact op met een arts om te beoordelen of u op dit moment mogelijk monkeypox of covid-19 heeft. De arts kan besluiten dat er eerst op monkeypox en/of covid-19 getest moet worden.</p>
2.	<p>Heeft u andere klachten die kunnen passen bij een besmetting met monkeypox, zoals uitslag met blaasjes, hoofdpijn, spierpijn, gezwollen lymfeklieren, moeheid? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Zo ja, neem dan voor u naar de vaccinatie locatie komt eerst contact op met een arts om te beoordelen of u op dit moment mogelijk monkeypox. De arts kan besluiten dat er eerst op monkeypox getest moet worden.</p>
Medisch	
3.	<p>Bent u in het verleden tegen pokken gevaccineerd geweest? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> weet niet</p> <p>Indien ja: meestal is dan één dosis van het vaccin voldoende.</p>
4.	<p>Heeft u eerder een vaccinatie met Imvanex gehad? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Zo ja:{datum}</p>
5.	<p>Heeft u eerder monkeypox gehad? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja</p>
6.	<p>Heeft een verzwakt immuunsysteem door een aandoening of gebruikt u medicijnen die de afweer onderdrukken? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Indien ja:</p> <p>Welke aandoening:</p> <p>Welke medicijnen:</p> <p>a. Hiv b. Auto-immuunziekte (b.v. reumatoïde artritis, ziekte van Crohn of colitis ulcerosa, psoriasis, Multiple sclerose) waarvoor u medicijnen moet innemen? c. Dialyse d. Orgaantransplantatie (nier, long, hart, lever) e. Kanker, waarvoor u op dit moment behandeld wordt f. Bloedkanker (leukemie of lymfoom) of stamceltransplantatie of bent u op dit moment onder behandeling van een hematoloog g. Aangeboren primaire immundeficienties h. Anders</p>



7.	Heeft u wel eens een ernstige allergische reactie gehad, bijvoorbeeld op medicijnen (waaronder antibiotica), vaccins of voeding?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Zo ja, waarop? Bent u daarvoor behandeld? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
8.	Heeft u een ernstige allergische reactie gehad op kippeneiwit of benzonase?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Bent u daarvoor behandeld? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
9.	Heeft u een tekort of gestoorde functie van uw bloedplaatjes (trombopathie / trombopenie)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
10.	Voor vrouwen: Bent u zwanger of geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
11.	Bent u wel eens flauw gevallen na een vaccinatie?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
12.	Heeft u binnenkort een operatie onder narcose?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Zo ja:{datum}
13.	Heeft u de afgelopen 4 weken een andere vaccinatie gehad of heeft u in de komende 4 weken een andere vaccinatie gepland?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Zo ja:{datum}
14.	Heeft u binnenkort een bloedtransfusie gepland staan of recent een bloedtransfusie gehad?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Zo ja:{datum}
15.	Heeft u borstkanker (gehad)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Zo ja: welke borst?
16.	Heeft u wel eens een epileptische aanval gehad bij koorts of na vaccinatie?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja

Heeft u 1 of meer vragen met 'ja' beantwoord? Dan krijgt u een gesprek met de arts, zodat uw vaccinatie goed gaat.

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum: / / Handtekening: