

Questionnaire préalable à l'administration du vaccin contre la variole du singe Jynneos®

| Question | Oui/Non |
|---|---|
| Avez-vous des allergies et/ou avez-vous déjà eu une réaction allergique grave à un vaccin ou à un médicament (p. ex. choc anaphylactique ?) | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles ? |
| Êtes-vous allergique aux œufs de poule ou aux produits dérivés d'œufs ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| Êtes-vous allergique à une ou plusieurs des substances contenues dans Jynneos® : trométhamine, chlorure de sodium, benzonase, gentamicine, ciprofloxacine (antibiotique) ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles ? |
| Avez-vous de la fièvre ou d'autres symptômes de maladie ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| Avez-vous actuellement une éruption cutanée (grosseurs ou plaques rouges, cloques, boutons, autres) ou des plaies, ou avez-vous contracté la variole du singe ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| Avez-vous déjà eu des cicatrices chéloïdes (cicatrices tendant à s'étendre), une éruption cutanée (neurodermatite, dermatite atopique) ou une autre maladie de la peau ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles ? |
| Avez-vous déjà eu une inflammation du muscle cardiaque (myocardite) ou une inflammation du péricarde (péricardite) ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| Un autre vaccin vous a-t-il été administré au cours des quatre dernières semaines ou prévoyez-vous de vous faire administrer un autre vaccin au cours des quatre prochaines semaines y compris contre le covid-19 ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels ? |

Si vous avez répondu « oui » à une ou plusieurs des questions ci-dessus, cela n'est pas un critère d'exclusion de la vaccination. Mais une analyse individuelle est nécessaire pour déterminer s'il faut prendre des mesures de précaution supplémentaires lors de la vaccination. Il est impératif de faire un point avec votre médecin traitant en amont de votre rendez-vous.

| | |
|--|------------------------------|
| Ayant coché « oui » à une ou plusieurs des questions ci-dessus, je confirme m'être entretenu avec mon médecin à ce sujet | <input type="checkbox"/> Oui |
|--|------------------------------|

Nous vous remercions d'imprimer ce document, de le remplir et de vous en munir lors de votre rendez-vous de vaccination.