

AANVRAAG TOT PREVENTIEVE VACCINATIE TEGEN APENPOKKEN

Ik ondergetekende, arts, verklaar dat mijn patiënt

BEGUNSTIGDE

Naam

Voornaam

Rijksregisternummer

Voldoet aan 1 van de volgende voorwaarden voor vaccinatie tegen apenpokken:

- ☐ **Man die seks heeft met mannen(MSM) en die minstens één labo-bewezen SOA heeft gehad de voorbije 12 maanden. Datum SOA: ... / ... /...**
- ☐ Vrouw die PrEP neemt en frequente wisselende seksuele contacten heeft.
- ☐ Mannelijke sekswerker of transgender.
- ☐ Persoon met een ernstige immuunstoornis en een hoge kans op een infectie. Onder immuunstoornissen vallen onder andere ongecontroleerde hiv-infectie, onderdrukte afweer door medicatie (zoals na een transplantatie), kwaadaardige bloedziekten, aangeboren afweerstoornissen ...
- ☐ Laboratoriumpersoneel dat de virusculturen behandelt.

Ik verklaar dat de patiënt geen van de volgende contra-indicaties heeft:

- Patiënt is jonger dan 18 jaar.
- Patiënt heeft symptomen van apenpokken of andere ernstige ziekte of acute infectie met koorts.
- Patiënt werd als kind gevaccineerd tegen pokken(geboren voor 1976), tenzij ze immuungecompromitteerd zijn.
- Patiënt maakte reeds apenpokken door.
- Patiënt is allergisch aan het vaccin of één van de bestanddelen: Kippeneiwit, benzonase, gentamicine en/of ciprofloxacin.
- Patiënt: man EN <40 jaar kreeg een incompatibel vaccin toegediend in de laatste 4 weken (levend (afgezwakt) vaccin, mRNA vaccin).

ARTS

Naam

Voornaam

RIZIV-nummer

Handtekening