**GEZONDHEIDSVERKLARING** voor de vaccinatie tegen corona

**Beantwoord deze vragen voordat je je aanmeldt én op de dag van vaccinatie. Neem de ingevulde verklaring uitgeprint mee.**

**Naam: …………………………………………..**

**Geboortedatum: ……………………………**

**Corona**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ja | nee |  |
| 1. Ben je in de afgelopen 4 weken positief getest op corona?
 |  |  | Je kunt niet gevaccineerd worden. |
| 1. Ben je de afgelopen 6 maanden COVID positief getest?
 |  |  | Zo ja, dan heb je maar 1 vaccinatie nodig i.p.v. 2.Graag dit van de tevoren aangeven. |
| 1. Heb je nu koorts van 38,5 graden Celsius of hoger?
 |  |  | Je kunt nu niet gevaccineerd worden. Laat je testen op Corona  |
| 1. Heb je andere corona-gerelateerde klachten?
 |  |  | Je kunt nu niet gevaccineerd worden. Laat je testen op Corona |
| 1. Verblijf je in quarantaine?
 |  |  | Je kunt nu niet gevaccineerd worden. |

**Operaties**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ja | nee |  |
| 1. Staat er voor jou binnen 48 uur na vaccinatie een operatie gepland?
 |  |  | Je kunt nu niet worden gevaccineerd |

**Zwangerschap & borstvoeding**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ja | nee |  |
| 1. Ben je zwanger?
 |  |  | Overleg eerst met je arts of verloskundige over vaccinatie tijdens de zwangerschap.  |
| 1. Heb je een zwangerschapswens of ben je bezig met een IVF-traject?
 |  |  | Overleg met je huisarts of specialist of vaccinatie op dit moment gewenst is. |
| 1. Geef je borstvoeding?
 |  |  | Je mag gevaccineerd worden |

**Medisch**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ja | nee |  |
| 1. Ben je bekend met flauwvallen of eerder flauwgevallen tijdens of na een vaccinatie?
 |  |  | Je mag gevaccineerd worden |
| 1. Ben je allergisch voor 1 van de bestanddelen van het vaccin?
 |  |  | Je mag **NIET** gevaccineerd worden |
| 1. Heb je een ernstige allergische reactie gehad op andere vaccinaties/medicijnen of voedingsmiddelen?
 |  |  | Je mag gevaccineerd worden |
| 1. Heeft u epilepsie?
 |  |  | Overleg met je behandeld arts |
| 1. Heb je een immuunstoornis of gebruik je medicatie die de afweer remmen ? (immuundeficiënties, hematologische aandoeningen, gebruik van immunosuppressiva of cytostatica)
 |  |  | Overleg met je behandelend arts  |
| 1. Heb je een stollingsstoornis?
* Hemofilie
* Ziekte van Von Willebrand
* Anders
 |  |  | Overleg met je behandeld arts |
| 1. Gebruik je antistollingsmedicatie?
2. Coumarinederivaten/fenprocoumon
3. DOAC
4. Trombocyten aggregatieremmer of LMWH in profylactische dosering
5. Gebruik therapeutisch LMWH
 |  |  | 1. Je mag gevaccineerd worden bij een stabiele INR
2. Je mag gevaccineerd maar:

Bij voorkeur interval 12 uur tussen inname en vaccinatie bij DOAC 1-maal daag.Bij voorkeur vaccinatie vlak voor inname volgende tablet bij DOAC 2-maal daag. Indien niet mogelijk, minimaal 4 uur na laatste inname.1. Je mag gevaccineerd worden, maar tenminste 2 minuten prikplaats stevig afdrukken.
2. Overleg met je behandeld arts
 |