Zentrum für Flug- und Reisemedizin Dienstleistungsgesellschaft mbH
An der Marienkirche 2
17033 Neubrandenburg
Telefon: 0395-35172350
Telefax: 0395-35172351

Mitteilung über mögliche Kontraindikationen für eine Lebendimpfung

mit der attenuierten Lebend-Vakzine gegen Gelbfieber (STAMARIL®)
und ggf. weitere Simultan-Lebensimpfungen gegen Dengue/MMR/ etc.

Werte Kollegen, die gewünschte Injektion eines Lebendimpfstoffes soll nur erfolgen, wenn die unten genannten Kontraindikationen nicht bestehen. Sie als betreuender Haus- oder Kinderarzt kennen die Krankengeschichte des zu impfenden Kindes und verfügen zudem über die diagnostischen Möglichkeiten zum Ausschluss einer akuten Erkrankung. Sofern aus Ihrer ärztlichen Sicht Kontraindikationen gegen die beabsichtigte Impfung mit einem Lebendimpfstoff bestehen, bitten wir Sie um entsprechende Angaben auf diesem Vordruck.

Bei dem Kind _____ geb. am
Vorname, Name

□ besteht aktuell **keine** Kontraindikation für eine Gelbfieberimpfung.

□ besteht eine der unten genannten **Kontraindikationen** für eine Gelbfieberimpfung
(Zutreffendes bitte ankreuzen):

Es erfolgte die
□ Injektion eines Lebendimpfstoffes (MMR, VZV o.a.) vor weniger als vier Wochen.

Es ist folgende Überempfindlichkeit bekannt:
□ gegen Eier oder Hühnerproteine
□ schwere Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. Anaphylaxie) nach einer früheren Gabe eines Gelbfieber-Impfstoffs oder Lebend-Impfstoffes

Es besteht zum Zeitpunkt der Konsultation
□ eine mäßige oder schwere fieberhafte Erkrankung.
□ folgende akute Erkrankung:

Es besteht folgende Immunsuppression:
□ kongenital □ idiopathisch □ iatrogen □ Behandlung mit systemischen Steroiden o.a. Immunsuppressiva (ggf. Angabe der Dosis, der letzten Einnahme und ob die Therapie pausieren kann)
□ durch Bestrahlung □ durch Behandlung mit Zytostatika
Wenn ja: Wann wurde die Therapie beendet:
□ Dysfunktion des Thymus (einschließlich Myasthenia gravis, Thymom/Thymektomie) bzw. Splenektomie, Strahlentherapie u.ä.
□ HIV-Infektion (a-)symptomatisch bei nachgewiesener verminderter Immunfunktion
□ Es erfolgte eine Hyposensibilisierungsbehandlung binnen Wochenfrist
□ Eine schwerwiegende Infektionskrankheit (Variezellen etc.) liegt noch keine 4 Wochen zurück

Datum Praxisstempel Unterschrift Arzt