



Vaccinatieverslag voor volwassenen

Achternaam:

Eerst:

MI:

Geslacht:

Geboortedatum: ____/____/____

Meisjesnaam:

Naam en adres van de kliniek:

Deze informatie is vereist door de federale wetgeving.

Geef vaccininformatieverklaring (VIS)
aan de gevaccineerde, ouder of
gemachtigde vertegenwoordiger voor elk
routinematig aanbevolen vaccin.

| Vaccin | Type vaccin | Datum opgegeven: MA/DAG/JAAR | Mftr: (zie achterzijde) | Kavelth | Route | Locatie RA/LA/LT/RT | Dosering | Handtekening en titel van de vaccinbeheerder ¹ | Dat ² aan de onderkant van VIS ² | Datum VIS gegeven aan geduldig ² | Hx vaccin reactie (ü) | Elders gegeven (ü) |
|---------------------------------|-------------|---------------------------------|----------------------------|---------|--------|------------------------|----------|---|--|--|--------------------------|-----------------------|
| Difterie, Tetanus, Kinkhoest | | 1 | | | | IK BEN | | | | | | |
| | | 2 | | | | IK BEN | | | | | | |
| | | 3 | | | | IK BEN | | | | | | |
| | | 4 | | | | IK BEN | | | | | | |
| | | 5 | | | | IK BEN | | | | | | |
| Mazelen, bof, rubella | | 1 | | | SC | | | | | | | |
| | | 2 | | | SC | | | | | | | |
| Hepatitis A | | 1 | | | IK BEN | | | | | | | |
| | | 2 | | | IK BEN | | | | | | | |
| Hepatitis B | | 1 | | | IK BEN | | | | | | | |
| | | 2 | | | IK BEN | | | | | | | |
| | | 3 | | | IK BEN | | | | | | | |
| | | | | | IK BEN | | | | | | | |
| Humaan papillomavirus | | 1 | | | IK BEN | | | | | | | |
| | | 2 | | | IK BEN | | | | | | | |
| | | 3 | | | IK BEN | | | | | | | |
| Influenza | | | | | IK BEN | ITN | | | | | | |
| | | | | | IK BEN | ITN | | | | | | |
| | | | | | IK BEN | ITN | | | | | | |
| | | | | | IK BEN | ITN | | | | | | |
| | | | | | IK BEN | ITN | | | | | | |
| | | | | | IK BEN | ITN | | | | | | |
| | | | | | IK BEN | ITN | | | | | | |
| | | | | | IK BEN | ITN | | | | | | |
| | | | | | IK BEN | ITN | | | | | | |
| | | | | | IK BEN | ITN | | | | | | |
| | | | | | IK BEN | ITN | | | | | | |
| | | | | | IK BEN | ITN | | | | | | |
| Meningokokken | | | | | IK BEN | SC | | | | | | |
| | | | | | IK BEN | SC | | | | | | |
| Pneumokokken | | | | | IK BEN | SC | | | | | | |
| | | | | | IK BEN | SC | | | | | | |
| Varicella | | 1 | | | SC | | | | | | | |
| | | 2 | | | SC | | | | | | | |
| Zoster | | 1 | | | SC | | | | | | | |
| Ander | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Hoe u het MDH-formulier voor immunisatieregistratie voor volwassenen gebruikt

Maak dit record gemakkelijk toegankelijk

Bewaar het immunisatiedossier van elke patiënt op een plek waar u het gemakkelijk kunt bekijken tijdens elk kantoorbezoek (bijvoorbeeld op de binnenkast van het medisch dossier van de patiënt).

Patiënt achter op schema?

Markeer het dossier als de patiënt achterloopt op de aanbevolen vaccinaties.

Registreer het type vaccin

Zorg ervoor dat u het type vaccin aangeeft dat u heeft gegeven. Dit is vooral belangrijk als u Tdap geeft in plaats van Td, omdat personen die Td krijgen een groter risico lopen op de ziekte van kinkhoest als er in de gemeenschap een uitbraak van kinkhoest plaatsvindt.

Welke informatie is vereist door de federale wetgeving?

U bent volgens de federale wet verplicht om de volgende informatie vast te leggen als onderdeel van de National Childhood Vaccine Injury Act, ook al dient u vaccins toe aan volwassen patiënten:

- Fabrikant en lotnummer van het gegeven vaccin.
- Datum vaccinatie gegeven.
- Datum van publicatie van de vaccininformatieverklaring (VIS) en de datum waarop het VIS aan de gevaccineerde werd verstrekt.
- Naam, titel en adres van de persoon die het vaccin heeft toegediend.

Opmerking: de federale en Minnesota-wetten vereisen geen schriftelijke geïnformeerde toestemming. Sommige klinieken kunnen echter hun eigen beleid hebben.

Hoe combinatievaccins te registreren

Noteer een combinatievaccin onder elk specifiek antigeen dat het vaccin bevat. Gebruik een koppelteken tussen elk antigeen. Bijvoorbeeld:

- Twinrix is HepA-Hep B. Noteer het onder zowel HepatitisA als Hepatitis B.

Hoe u injectieroutes en -plaatsen registreert

De meest gebruikelijke vaccinatieroutes zijn intramusculair (IM) en subcutaan (SC of SQ). Minder frequente routes zijn onder meer oraal (PO) en intranasaal (ITN). Indien er meer dan één routekeuze is, omcirkelt u de aangegeven route. De injectieplaatsen moeten worden genoteerd, met vermelding van welk ledemaat en welke kant. Deze omvatten rechterarm (RA) en linkerarm (LA), en indien nodig rechterdij (RT) en linkerdij (LT).

Hx van vaccinreactie (geschiedenis van vaccinreactie)

Als de patiënt na een immunisatie een klinisch significante of onverwachte gebeurtenis heeft meegemaakt (zelfs als er onzekerheid bestaat dat het vaccin de gebeurtenis heeft veroorzaakt), plaats dan eenüin de kolom 'Hx van vaccinreactie'. Geef elders in het patiëntendossier meer bijzonderheden over die gebeurtenis. Rapporteer vaccinreacties aan het Vaccine Adverse Events Reporting System (<http://vaers.hhs.gov> of 800-822-7967).

Vaccinatiegegevens overbrengen naar dit formulier

Breng vaccininformatie die patiënten bij andere klinieken ontvangen over naar dit dossier. Als u niet alle informatie kent, noteer dan in ieder geval de datum (ma/dag/jr) en het soort vaccin. De verantwoordelijkheid voor het bijhouden van de federaal vereiste informatie ligt bij de kliniek die het vaccin heeft toegediend. Plaats zeker eenüin de kolom 'Elders gegeven'. Als een patiënt naar een andere kliniek wordt overgebracht, dient u een fotokopie aan de nieuwe kliniek te verstrekken.

Gebruik het MIIC-register om immunisaties te registreren en te identificeren

Als u deelneemt aan de Minnesota Immunization Information Connection (MIIC), zorg er dan voor dat u gegevens over nieuwe opnames voor deze patiënt invoert of verzendt, zodat deze beschikbaar zijn voor anderen die mogelijk vervolgdoses geven. MIIC bevindt zich op <https://miic.health.state.mn.us>. Als u nog niet deelneemt, bel dan 800-657-3970 of ga naar www.health.state.mn.us/immunize (klik op "MIIC Registry") om te zien hoe u zich kunt inschrijven.

Codes van fabrikanten

Gebruik de codes in het onderstaande schema om de fabrikant van het vaccin aan te geven. Dit zijn dezelfde codes die universeel worden gebruikt en door de Minnesota Immunization Information Connection (MIIC).

| Fabrikant van vaccins | Code |
|---|------|
| CSL Biotherapieën | CSL |
| GlaxoSmithKline | SKB |
| Biologische laboratoria van Massachusetts | MBL |
| MedImmune, Inc. | MED |
| Merck & Co., Inc. | MSD |
| Novartis | NOV |
| Sanoi Pasteur Inc. | PMC |
| Pizer-vaccins | WAL |

Uw patiënten hebben persoonlijke vaccinatiekaarten nodig

Werk het persoonlijke immunisatiedossier van de patiënt altijd bij met informatie over de vaccins die u heeft toegediend. Als uw kliniek persoonlijke immunisatiekaarten nodig heeft, kunt u de MDH Gold Card bestellen door te bellen naar 800-657-3970 of 651-201-5503, of door het bestelformulier in te vullen op www.health.state.mn.us/immunize.



Immunisatieprogramma
Postbus 64975
St. Paul, MN 55164-0975
651-201-5503 of 1-800-657-3970
www.health.state.mn.us/immunize