



Student Health Services
Metropolitan Campus

Alle verpleegkundestudenten Immunisatierecord

Rev.7 4.3.2020

NIET VERTROUWELIJK

Vaccinatiegegevens zijn niet vertrouwelijk zoals vereist door de wet.

Naam: _____
Laatst _____ Eerst _____ Midden _____

Vrouwelijk ☐ Mannelijk ☐

Student-ID #: _____ Geboortedatum: _M_ _M_ _D_ _D_ _i_ _i_ _i_ _i_

☐ ONDERGROND
☐ MSN/APN

IN TE VULLEN EN ONDERTEKEND DOOR EEN ZORGVERLENER, GEEF MAAND, DAG & JAAR

Als het u uitkomt, kunt u een officiële kopie van uw immunisatiedossier bijvoegen, waarin alle eerdere en recente inentingen moeten zijn opgenomen

1. VEREISTE IMMUNISATIES (LABORATORIUMRAPPORT MOET VOOR ALLE BLOEDTITERS WORDEN INGEDIEND)

MMR # 1 _____ # 2 _____

EN

MMR-titers

OPMERKING: DE MAZELN MOET LEVEND ZIJN, NA 1st VERJAARDAG

Mazelen # 1 _____ # 2 _____

Datum _____ Immuun ☐ Niet-immuun ☐

Bof # 1 _____ #2 _____

Datum _____ Immuun ☐ Niet-immuun ☐

Rodehond # 1 _____ #2 _____

Datum _____ Immuun ☐ Niet-immuun ☐

Varicella(Waterpokken) Ziekte datum: _____

EN

Varicella-titers

OF Vaccin #1 _____ #2 _____

Datum _____ Immuun ☐ Niet-immuun ☐

Hepatitis B # 1 _____

EN

Hepatitis B-titers

#2 _____ #3 _____

HepBsAg

Datum _____

Positief ☐ Negatief ☐

Volwassen Tdap-datum _____ (binnen 10 jaar)

HepBcore IgM Ab

Datum _____

Positief ☐ Negatief ☐

Griep prik Datum _____ (jaarlijks verschuldigd)

BESCHIKBAAR ELKE HERFST

HepBsAb

Datum _____

Immuun ☐ Niet-immuun ☐

INFORMATIE OVER MENINGOKOKKEN (MENINGITIS) IS BESCHIKBAAR OP:

<http://www.cdc.gov/meningitis>

EN

https://www.nj.gov/health/cd/documents/topics/meningo/meningo_requirements_highered.pdf

Door hieronder te tekenen, verklaar ik de informatie op de website van het CDC en het New Jersey Department of Health te hebben gelezen en begrepen.

Verdere vragen en/of zorgen zijn opgehelderd door mijn hieronder genoemde zorgverlener.

☐ Ik heb *ontvangen het meningitis quadrivalent vaccin op: _M_ _M_ / _D_ _D_ / _i_ _i_ _i_ _i_

*Als uw initiële dosis vóór uw 16e werd toegediend, verjaardag, heeft u een boosterdosis nodig.

STUDENT HANDTEKENING: _____ DATUM: _____

2. TUBERCULOSSE-TEST VERPLEEGKUNDIGE STUDENTEN HEBBEN EEN PPD in twee stappen. *Stap 2 moet 1-3 weken na de eerste plaatsvinden.

Mantoux/PPD-test

Stap 1 Datum gegeven _____ Datum gelezen _____ Resultaat: ☐ Negatief ** Positief ☐ Grootte _____ mm(verharding)

* Stap 2 Datum gegeven _____ Datum gelezen _____ Resultaat: ☐ Negatief ** Positief ☐ Grootte _____ mm(verharding)

QuantiFERON-TB Gold- of T-spot-test

OF

Datum _____ Resultaat _____ (LABRAPPORT MOET WORDEN BIJGEGEVOEGD)

* Die met een geschiedenis van positieve PPD's/Mantoux moet uw arts het volgende invullen: <https://www.fdu.edu/wp-content/uploads/2019/11/3862.pdf>

Uw thoraxfotorapport moet bij dit formulier worden gevoegd.

Handtekening van de medische zorgverlener: _____ Datum: _____

Medische zorgverlener: _____ Telefoon: () _____

Adres: _____

Licentienummer
OF

Officiële stempel van
Medische dienstverlener

Bewijs van immuniteit is vereist vóór toegang tot de universitaire en klinische locaties

U wordt in medische wacht geplaatst totdat aan de bovenstaande vereisten is voldaan