



IMMUNISATIE RECORD

Verstuur dit formulier pas nadat het volledig is ingevuld.

Er worden verwerkingskosten van \$ 35 op de factuur van de student geboekt, ongeacht waar de vaccinaties worden ontvangen.

MAAK EEN KOPIE VAN DIT FORMULIER VOOR UW ADMINISTRATIE.

DEEL 1: INGEVOERD DOOR DE STUDENT.		
ALLE INFORMATIE MOET LEESBAAR WORDEN GEDRUKT, ANDERS KAN HET FORMULIER NIET WORDEN VERWERKT.		
Achternaam:	Voornaam:	Middelste initialen:
Geboortedatum:	Datum van binnenkomst:	
Volledig postadres:		
Controleer: ___ Commuter ___ Universitaire huisvesting		Controleer: ___ Undergraduate ___ Afstuderen
Controleer je middelbare school:	University City Campus, BUR en SAC (alle hogescholen)	College van Medicijnen School voor Volksgezondheid

DEEL 2: IN TE VULLEN EN ONDERTEKEND DOOR UW ZORGVERLENER				
A.	TUBERCULOSE (PPD VEREIST ONGEACHT VOORAFGAANDE BCG-INOCULATIE) Opgevoerd in de VS in de afgelopen twaalf maanden vóór het begin van de schoolperiode.			
PPD tuberculinehuid Test	Datum opgegeven	Datum gelezen	Resultaten: _____ mm verharding Negatief Positief	Indien positief PPD-resultaat: Datum van röntgenfoto van de thorax _____ Resultaat: Normaal Abnormaal
OF Interferon Gamma Vrijgavetest (IGRA) binnen twee maanden na de startdatum	Datum verkregen:	T-plek Quantiferon <i>(Gelieve te omcirkelen)</i>	Resultaat: Negatief Positief Onbepaald	Indien positief resultaat: Datum van röntgenfoto van de borst _____ Resultaat: Normaal Abnormaal

B.	TDAP Vereist binnen de afgelopen 10 jaar
Tetanus, difterie, kinkhoest (Tdap) Er wordt geen andere versie geaccepteerd.	Datum gegeven:

C.	MMR (Mazelen, Bof, Rubella) 2 doses vaccin, positieve titers of ziektegeschiedenis vereist.
Vaccinatie 1 st Dosisdatum:	Vaccinatie 2 nd Dosisdatum (minimaal vier weken na dosis 1):
OF Positief Rubeola (mazelen) titerdatum en resultaten:	OF Ziekte datum (indien geschiedenis):
OF Positief Datum en resultaten van de bof-titer:	OF Ziekte datum (indien geschiedenis):
OF Positief Titerdatum en resultaten van rubella (Duitse mazelen):	OF Ziekte datum (indien geschiedenis):

D.	VARICELLA(Waterpokken) Voltooi EEN van de volgende.		
Geschiedenis van de ziekte	Ja Nee		
OF Vaccinatie 1 st Dosisdatum:		Vaccinatie 2 nd Dosisdatum (minimaal vier weken na dosis 1):	
OF Varicella Antilichaam	Datum:	Reactief Niet-reactief (moet 2 doses krijgen als u niet immuun bent)	

E.	HEPATITIS B Voltooiing van ten minste twee van de drie vereist voor naleving door de universiteit (drie doses vereist om de serie te voltooien)		
Vaccinatie 1 st Dosisdatum:		Vaccinatie 2 nd Dosisdatum (minimaal vier weken na dosis 1):	Vaccinatie 3 rd Dosisdatum (minimaal vier tot zes maanden na dosis 2):
OF Hep B Titer	Datum:	Immuun Niet immuun (indien niet immuun, complete serie hierboven)	

F.	MENINGOKOKKEN Vereist voor alle voltijdstudenten jonger dan 21 jaar	
Meningokokken quadrivalent: <ul style="list-style-type: none"> - Alle inkomende voltijdstudenten die 21 jaar of jonger zijn, moeten vanaf hun 16e een bewijs overleggen van één dosis meningokokkenconjugaatvaccin (MCV4, zoals Menactra of Menveo). - Voor elke student die in universitaire huisvesting gaat wonen, vereist de wet van Pennsylvania dat één dosis meningokokken Quadrivalent wordt gegeven vanaf de leeftijd van 16 jaar. 		
Vierwaardig conjugaat (controleer er één): Menactra Menveo		Datum gegeven:

K.	GEZONDHEIDSZORGEXAMINATOR'S-VERKLARING	
Ik heb geverifieerd dat ik dit formulier voor de genoemde persoon heb ingevuld en dat de bovenstaande tests/vaccinaties in dit kantoor zijn uitgevoerd of dat ik eerdere vaccindocumentatie heb bekeken.		
Naam van de examiner (gelieve in te drukken)		
Licentie #:		Telefoon:
Handtekening van de gezondheidszorgexaminator:		Datum:

DEEL 3: TE ONDERTEKENEN DOOR DE STUDENT	
L.	STUDENTENVERKLARING
Alle studenten: De gegevens op dit formulier zijn correct. Ik begrijp dat het niet correct invullen van dit formulier mijn status als student aan de Drexel University in gevaar kan brengen. Ik stuur dit formulier naar het juiste adres hieronder.	
Student handtekening: _____	Drexel Student-ID #: _____

RETOURADRES:		
University City Main Campus (inclusief UC-, BUR- en SAC-hogescholen)	School voor Volksgezondheid, College voor Geneeskunde, Gezondheidswetenschappen en gedragsmatige gezondheidsadviesing	Medische of religieuze vrijstellingen: Als u informatie nodig heeft over medische of religieuze vrijstellingen van de De immunisatievereisten van de universiteit, neem dan contact op met het Vaccinatiebureau via healthimmu@drexel.edu
Upload uw ingevulde formulieren via het immunisatieformulier uploaden in uw DrexelOne Portaal. Uploadinstructies zijn te vinden op www.drexel.edu/ch . Als je vragen hebt, e-mail VaccinesMainCampus@drexel.edu .	Upload uw ingevulde formulieren via het immunisatieformulier uploaden in uw DrexelOne-portaal. Uploadinstructies zijn te vinden op www.drexel.edu/ch . Als u vragen heeft, kunt u een e-mail sturen VaccinatieCNHP@drexel.edu	