



BEWIJS VAN NALEVING VAN DE IMMUNISATIE

Louisiana RS 17:170/Schools voor hoger onderwijs
 Telefoon: (225) 578-0593 Fax: (225) 578-5282 E-mail: immunization@lsu.edu
 150 B Infirmerie Rd. Baton Rouge LA 70803

Naam: _____ Semester van inschrijving: _____
 Alsjeblieft printen(Laatst) (Eerst) (MI)

Emailadres: _____
 (Straat/Postbus) (Stad) (Staat) (Postcode)

Geboortedatum: _____ LSU ID-nummer: 89-__-__ Telefoon: (____) _____

DIT MOET WORDEN INGEVULD DOOR EEN ARTS OF ZORGVERLENER – GEEN BIJLAGEN AANVAARD

| Vaccin | Datum Ontvangen mm/dd/jj | Datum Ontvangen mm/dd/jj | Datum Ontvangen mm/dd/jj | Datum Ontvangen mm/dd/jj | Datum Ontvangen mm/dd/jj | Noteer de datum van de laboratoriumtest als u immuun bent en geef een kopie van de resultaten. Als de geschiedenis van varicella schrijf datum en "ziekte". |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| Vereiste immunisaties | | | | | | |
| BMR – Mazelen Bof Rubella: Twee doses nodig <small>(Twee doses BMR met een tussenpoos van ten minste 28 dagen na de leeftijd van 12 maanden. Degenen geboren vóór 1957 zijn vrijgesteld.)</small> | | | | | | |
| Tetanus – Een van de onderstaande doses. Geef het vaccintype op: TD <input type="checkbox"/> TDAP <input type="checkbox"/> <small>(Moet binnen de afgelopen 10 jaar zijn)</small> | | | | | | |
| Meningitis – ACYW-135 – Eén van de onderstaande doses. Specificeer type: Menactra <input type="checkbox"/> Menveo <input type="checkbox"/> <small>(Studenten van 21 jaar of jonger moeten een dosis krijgen als ze 16 jaar of ouder zijn. Als ze ouder zijn dan 21 jaar, kan de dosis op elk moment worden gegeven.)</small> Menomune <input type="checkbox"/> <small>(Moet binnen de afgelopen 12 maanden zijn)</small> | | | | | | |
| Andere immunisaties (niet vereist) | | | | | | |
| Specificeer Polio OPV <input type="checkbox"/> Vaccin: Polio-IPV <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Hallo | | | | | | |
| Hepatitis A | | | | | | |
| Hepatitis B | | | | | | |
| Influenza | | | | | | |
| Pneumokokken | | | | | | |
| Rotavirus | | | | | | |
| Varicella | | | | | | |

Handtekening van de zorgverlener

Datum

Adres

(____) Telefoon

Verzoek tot Immunisatie Vrijstelling: Als u om medische of persoonlijke redenen een vrijstelling van vaccinatie aanvraagt, of omdat u een specifiek vaccin niet kunt vinden, vink dan het betreffende vakje aan en geef de gevraagde informatie op.

☐ Medisch (artsverklaring vereist) ☐ Persoonlijk (vermeld de reden hieronder) ☐ Tekort (kan het vaccin niet vinden)

Ik heb informatie ontvangen en beoordeeld van de website van het Center for Disease Control and Prevention (CDC) op <http://www.cdc.gov/nip/publications/VIS/default.htm> met betrekking tot ziekten die door vaccinatie kunnen worden voorkomen en daaraan gerelateerde vaccinaties, en hebben ervoor gekozen zich niet te laten vaccineren. Ik begrijp dat als ik om persoonlijke of medische redenen vrijstelling vraag, ik in het geval van een uitbraak van mazelen, bof, rubella of meningitis uitgesloten kan worden van de campus en van lessen, totdat de uitbraak voorbij is of totdat ik een bewijs van immunisatie voorleg. Als ik geen 18 jaar oud ben, moet mijn ouder of wettelijke voogd hieronder ook tekenen.

Student's handtekening

Datum

Ouder of wettelijke voogd, indien nodig

Datum

VRAGENLIJST VOOR TUBERCULOSE

Naam: _____

Geboortedatum _____

ID nummer: 89 - ____ - ____

DEEL EEN: Beantwoord de volgende vragen:

| | | | | | | | |
|-------------------|---------------------------|--------------------|----------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|
| Afghanistan | Burkina Faso | Ecuador | Indonesië | Maldiven | Niue | Sao Tome en Principe | Trinidad en Tobago |
| Algerije | Burundi | El Salvador | Iran | Mali | Pakistan | Senegal | Tunesië |
| Angola | Kaapverdië | Equatoriaal-Guinea | Irak | Marshall eilanden | Palau | Servië | Kalkoen |
| Argentinië | Cambodja | Eritrea | Kazachstan | Mauritanië | Panama | Seychellen | Turkmenistan |
| Armenië | Kameroen | Estland | Kenia | Mauritius | Papoea-Nieuw-Guinea | Singapore | Tuvalu |
| Azerbeidzjan | Centraal-Afrikaans | Ethiopië | Kiribati | Mexico | Paraguay | Sierra Leone | Oeganda |
| Bahrein | Republiek | Fiji | Koeweit | Micronesië (gefedereerd | Peru | Solomon eilanden | Oekraïne |
| Bangladesh | Tsjaad | Gabon | Kirgizië | Staten van) | Filippijnen | Somalië | Verenigde Rep. van |
| Wit-Rusland | China | Gambia | Laos Volksdem. | Mongolië | Polen | Zuid-Afrika | Tanzania |
| Belize | Colombia | Georgië | Republiek | Marokko | Portugal | Zuid Soedan | Uruguay |
| Benin | Comoren | Ghana | Letland | Mozambique | Katar | Sri Lanka | Oezbekistan |
| Bhutan | Congo | Guatemala | Lesotho | Myanmar | Republiek Korea | Soedan | Vanuatu |
| Bolivia | Ivoorkust | Guinea | Liberia | Namibië | Moldavische republiek | Suriname | Venezuela (Boliviaanse |
| Bosnië en | Democratische Volkspartij | Guinee-Bissau | Libië | Nauru | Roemenië | Swaziland | Republiek van) |
| Herzegovina | Republiek Korea | Guyana | Litouwen | Nepal | Russische Federatie | Tadzjikistan | Vietnam |
| Botswana | dem. Republiek van de | Haïti | Madagascar | Nicaragua | Rwanda | Thailand | Jemen |
| Brazilië | Congo | Honduras | Malawi | Niger | Sint-Vincentius en de | Oost-Timor | Zambia |
| Brunei Darussalam | Djibouti | Indië | Maleisië | Nigeria | Grenadine-eilanden | Gaan | Zimbabwe |
| Bulgarije | Dominicaanse Republiek | | | | | | |

- Bent u geboren in, heeft u ooit gewoond in of heeft u onlangs gereisd (in de afgelopen vijf jaar) naar een van de hierboven genoemde landen met een hoge incidentie van actieve tuberculose? (Zo ja, OMCIRKEL het land) ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u een persoonlijke voorgeschiedenis van kanker, leukemie, nierziekte, diabetes, alcoholisme of intraveneus gebruik drug gebruik?(Familiegeschiedenis is niet van toepassing) ☐ Ja ☐ Nee
- Bent u bewoner, werknemer of vrijwilliger geweest in een gevangenis, daklozenopvangcentrum, ziekenhuis, verpleeghuis of andere instelling voor langdurige behandeling? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u AIDS/HIV of gebruikt u immunosuppressieve medicijnen zoals prednison? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u ooit nauw contact gehad met personen waarvan u weet of vermoedt dat zij een actieve tuberculoseziekte ☐ Ja ☐ Nee

hebben? **Als het antwoord op alle bovenstaande vragen NEE is** zijn er geen tbc-tests of verdere actie vereist.

Als het antwoord JA is op een van de bovenstaande vragen, vereist LSU dat u een tbc-test krijgt. De PPD-huidtest moet binnen de 12 maanden voorafgaand aan het begin van de les worden uitgevoerd. U kunt de PPD-huidtest verkrijgen bij uw plaatselijke zorgverlener. (Zie sectie twee hieronder)

DEEL TWEE: Testresultaten

Stap 1: Tuberculinehuidtest – Positief indien ≥ 10 mm voor vraag 1, 2 of 3 of ≥ 5 mm voor vraag 4 of 5.

Datum gegeven: _____ Datum gelezen: _____ Resultaat: ____ mm verharding Interpretatie: Positief____ Negatief____

Stap 2: Als PPD positief is, is een QFT of T-SPOT vereist. Een röntgenfoto van de thorax wordt in plaats daarvan niet geaccepteerd. (Geef een kopie van de resultaten op.) Datum verkregen: _____ Gegeven cirkelmethode: QFT T-Spot Resultaat: Positief____ Negatief____

Stap 3: Studenten met een positieve QFT of T-Spot moeten een röntgenfoto van de thorax krijgen. Datum röntgenfoto: _____ Resultaat: Normaal____ Abnormaal____

Stap 4: Studenten met een positieve QFT of T-Spot zonder tekenen van actieve ziekte op de röntgenfoto van de borstkas wordt aangeraden om voor latente tuberculose te worden behandeld met de juiste medicatie.

Naam van de medicijnen voor de behandeling: _____ Datum van aanvang en duur van de behandeling: _____ (Gelieve een kopie van de voltooiing van de behandeling mee te sturen.)

_____ Student is behandeld of gaat akkoord met behandeling.

_____ Student weigert op dit moment de behandeling en stemt ermee in om naar het Studentengezondheidscentrum te komen om de "Weigering van behandeling wegens latente TB". De student gaat ook akkoord met routinecontroles om de progressie van latente tuberculose te monitoren.

Naam, adres en telefoonnummer van de zorgverlener: _____

Handtekening van de zorgverlener: _____

*** * HERINNEREN! U komt pas in aanmerking voor het betalen van universiteitskosten als alle vaccinatiegegevens voldoen of de vrijstelling is ondertekend.**

Upload het ingevulde formulier naar het Patiëntenportaal. Het is te vinden op de homepage van het Studentengezondheidscentrum, www.lsu.edu/shc. Studenten kunnen inloggen op de portal met behulp van hun myLSU-inloggegevens. Naleving kan ook via de portal worden bevestigd nadat het formulier is beoordeeld en de informatie is geverifieerd.

Het ingevulde formulier kan ook persoonlijk, per post, per fax of per e-mail worden ingediend bij:

Vaccinaties van het LSU
Studentengezondheidscentrum
Ziekenboegweg 150-B
Baton Rouge, LA 70803

E-mail: immunization@lsu.edu
Fax: (225) 578-5282
Tel: (225) 578-0593
Web: www.lsu.edu/shc

Herzien 07/2015