

Φόρμα εκτίμησης του κίνδυνου έκθεσης του μετανάστη ασθενούς
σε νοσήματα που προλαμβάνονται με τον εμβολιασμό

Όνομα:

Επώνυμο:

Ημ. Γέννησης:

Ηλικία:

Φύλο:

A ☐

Θ ☐

Διαθέσιμα εμβολιαστικά αρχεία:

**Ατομικό Αναμνηστικό
Παράγοντες κινδύνου**

(π.χ. ανοσοκαταστολή, σακχαρώδης διαβήτης,
πνευμονοπάθεια):

Φυσιολογικές καταστάσεις

(π.χ. εγκυμοσύνη):

**Εκτίμηση αντενδείξεων και
προφυλάξεων**

Απόλυτες αντενδείξεις
(π.χ. σοβαρή αλλεργική αντίδραση):

Σχετικές αντενδείξεις

(π.χ. θερμοκρασία >38.5 °C):

Χώρα προέλευσης:

Διαδρομή ταξιδιού (παραμονή σε κέντρα κράτησης, στρατόπεδα προσφύγων, χρόνος της πιθανής
έκθεσης, διάρκεια διαφόρων σταδίων ταξιδιού):

Είδος επαγγελματικής απασχόλησης στη χώρα προορισμού:

Οικογενειακή κατάσταση - Συνθήκες διαβίωσης

(μετανάστες σε κέντρα κράτησης ή φυλακές έχουν αυξημένο κίνδυνο έκθεσης σε γρίπη, ηπατίτιδα Β και
μηνιγγοκοκκική μηνιγγίτιδα):

Συμπεριφορές αυξημένου κινδύνου (χρήση ναρκωτικών ουσιών, ταξίδια, σεξουαλική
συμπεριφορά κλπ):

P R O M O V A X

Όνομα:		Επώνυμο:		
Ημ. Γέννησης:				
Ιατρικές Σημειώσεις (αλλεργίες, αντιδράσεις σε προηγούμενους εμβολιασμούς):				
Εμβόλιο	Στοιχεία εμβολίου (αριθμός παρτίδας, κατασκευαστής)	Ημερομηνία (ημέρα/μήνας/ έτος)	Υπογραφή θεράποντος ιατρού	Ημερομηνία επόμενης δόσης
Ηπατίτιδας Β				
Διφθερίτιδας- Τετάνου- Κοκκύτη				
Ιλαράς- Ερυθράς- Παρωτίτιδας				
Πνευμονιοκόκκου				
Γρίπης				
Άλλο				

Όνομα:		Επώνυμο:		
Ημ. Γέννησης:				
Ιατρικές Σημειώσεις (αλλεργίες, αντιδράσεις σε προηγούμενους εμβολιασμούς):				
Εμβόλιο	Στοιχεία εμβολίου (αριθμός παρτίδας, κατασκευαστής)	Ημερομηνία (ημέρα/μήνας/έτος)	Υπογραφή θεράποντος ιατρού	Ημερομηνία επόμενης δόσης
Διφθερίτιδας- Τετάνου- Κοκκύτη				
Πολιομυελίτιδας				
Ιλαράς- Ερυθράς- Παρωτίτιδας				
Ανεμοβλογιάς				
Αιμοφίλου (τύπου B)				
Ηπατίτιδας B				
Πνευμονιοκόκκου				
Άλλο				