**DEMANDE DE VACCINATION PRÉVENTIVE CONTRE LA VARIOLE DU SINGE**

Je - en tant que médecin soussigné - déclare que mon patient

BENEFICIAIRE

Nom :

Prénom :

Numéro de registre national :

Remplit les conditions pour la vaccination contre la variole du singe.

Je certifie que le patient ne présente aucune des contre-indications suivantes :

* Le patient est âgé de moins de 18 ans
* Le patient présente les symptômes de la variole du singe, d'une autre maladie grave ou d'une infection aiguë avec de la fièvre
* Le patient a été vacciné contre la variole lorsqu'il était enfant (né avant 1976), sauf s'il est immunodéprimé
* Le patient a déjà eu la variole du singe
* Le patient est allergique au vaccin ou à l'un de ses composants : protéines de poulet, benzonase, gentamicine et/ou ciprofloxacine
* Le patient n'a pas d'antécédents d'allergie grave aux protéines de poulet.

Je certifie que le patient n'a reçu aucun vaccin spécial (vaccin vivant (atténué) (contre la fièvre jaune, la rougeole,...), vaccin à ARNm (contre COVID-19,...)) au cours des 2 dernières semaines. Le patient a été informé de respecter un intervalle de 2 semaines après la vaccination MPX.

MÉDECIN

Nom :

Prénom :

Numéro INAMI :

Signature :