

# Gezondheidsvragenlijst SIRAVA studie

Alle vragen in de **eerste tabel** dienen met 'ja' beantwoord te worden.

Heeft u ergens 'nee' geantwoord? Dan kunt u helaas op dit moment niet meedoen aan dit onderzoek.

## Tabel 1.

Ik ben minimaal 18 en maximaal 40 jaar oud.	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik ben gezond.	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik begrijp dat de studie vijf jaar duurt en dat van mij verwacht wordt dat ik gedurende deze vijf jaar naar de benodigde studiebezoeken blijf komen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>

Alle vragen in de **tweede tabel** dienen met 'nee' beantwoord te worden.

Heeft u ergens 'ja' geantwoord? Dan kunt u helaas op dit moment niet meedoen aan dit onderzoek.

## Tabel 2.

Er is een redelijke kans dat ik de komende vijf jaar gevaccineerd wil worden tegen hondsdolheid, naast de vaccinaties die ik tijdens dit onderzoek ontvang.	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik ben al eerder gevaccineerd tegen rabies/hondsdolheid	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik ben allergisch voor kippeneiwit	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik ben allergisch voor een andere component van het vaccin (neomycine, chloortetracycline, amfotericine B, polygeline)	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik heb bij een eerdere vaccinatie weleens een ernstige reactie op het vaccin gehad	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik ben ooit flauwgevallen bij bloedafname of vaccinatie	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik heb een neurologische ziekte (hier valt ook epilepsie onder)	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik heb een bloedingsziekte	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik gebruik antistollingsmedicatie	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik heb een immuunziekte	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik gebruik medicatie die het immuunsysteem remt	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik ben zwanger	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik geef op dit moment borstvoeding	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik gebruik (een van) de volgende medicijnen: (hydroxy)chloroquine, mefloquine,	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik heb op dit moment een infectie anders dan ongecompliceerde verkoudheid	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik heb de afgelopen drie maanden plasma of andere bloedproducten ontvangen	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>