

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 grote 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 val regelmatig flauw 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 gebruikt 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 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"/>