

[붙임 제10호]

황열 예방접종 사전 점검표

(1 면)

성명		생년월일	
체온	℃	□남 □여	

확인사항	답변	
오늘 아픈 곳이 있습니까? 있다면 아픈 증상을 적어 주십시오. ()	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
약이나 음식물(계란포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어주십시오. (예방접종명 :)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오.(예방접종명 :)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
최근 1개월 이내에 경련을 일으킨 경험이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어 주십시오. ()	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (병명 :)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
최근 1년동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
(여성)현재 임신 중이거나 또는 다음 한 달 동안 임신할 계획이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오

본인은 예방접종 사전 점검표와 이상반응에 대한 설명을 들었으며, 본인 의사에 따라 예방접종 받기를 희망 합니다.

피접종자 성명 :

(서명 또는 인)

_____년 _____월 _____일

예방접종을 받을 수 없는 경우	
① 9개월 미만의 영아 ※ 60세 이상은 예방접종 후 이상반응 가능성이 다소 있어 본인의 동의하에 예방접종 ② 임신부, 수유부 ③ 계란, 젤라틴 등에 과민반응이 있는 사람 ④ 현재 중증의 발열성 질환이 있는 사람(체온이 38℃ 이상인 사람) ⑤ 흉선 질병(Thymus disease)의 병력이 있거나, 선천적 혹은 후천적으로 면역기능이 저하되어 있는 사람(예: 후천성면역결핍증) ※ HIV감염자들의 경우 후천성면역결핍증후군을 나타내지 않았거나, 의사의 지시가 있으면 황열예방백신 접종가능 ⑥ 과거 황열예방접종을 받은 후 심각한 과민반응(아나필락시스)을 나타낸 사람 ⑦ 희귀한 유전성 과당불내성 환자	
접종 후 주의사항	
① 14일 이내 헌혈 금지 ② 3일 정도 금주 ③ 3일 정도 사우나, 통목욕 삼가(샤워는 가능) ④ 3~14일 후에 미열과 경한 두통, 몸살(근육통), 주사부위 통증 등이 발생할 수 있음. 극히 일부의 경우 이상반응(심하고 지속적인 구토나 발진, 이상감각, 악성 두통, 호흡곤란, 경련, 혼수, 산증, 근육 혹은 간 세포용해, 림프구 및 혈소판 감소, 신부전 등)이 있을 수 있고, 드물지만 다발성장기부전(사망까지 가능)과 과민반응이 일어날 수 있으며, 중대한 신경계통 부작용(수막뇌염, 길랭-바레증후군, 급성산재성 뇌척수염 등)이 일어날 수 있음(*접종 후 약 1달 이후에도 발생가능). 이상반응 등이 있을 시는 예방접종기관에 문의	

예방접종 사전점검 결과(검역관 기록란)	
예방접종 후 주의사항과 이상반응에 대한 설명 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
접종자(의료인) 성명 :	(서명 또는 인)

Pre-check table(Yellow fever vaccination)

(1 편)

Name		Date of Birth	
Body Temperature	℃	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female

Questions	Answers	
Are you sick today? If yes, please describe the symptoms. ()	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
Have you ever had an allergic reaction such as urticaria or rash after taking medications or food(including eggs), or receiving a vaccination?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
Have you ever had an adverse event to a vaccine in the past? If yes, please specify the vaccination. ()	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
Have you received vaccinations in the past 1 month? If yes, please specify the vaccination. ()	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
In the last month, have you ever had cramp?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
Have you ever had been diagnosed with or treated for congenital anomaly, asthma, health problem with lung, heart, kidney, liver or metabolic disease(e.g. diabetes) or a blood disorder? If yes, please specify the health problem. ()	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
Do you have cancer, leukemia or any other immune system problem? If yes, please describe the symptoms. ()	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
In the past 3 months, have you taken cortisone, prednisone, other steroids or anticancer drug, or had radiation treatments?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
In the past year, have you received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
(For women) Are you pregnant or is there a chance you could become pregnant during the next month?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO

I am willing to be vaccinated as I have undergone a pre-check and listened to the possible side effects of vaccination

vaccinee's name :

(signature or stamp)

_____ (day) _____ (month) _____ (year)

Those who can not be vaccinated

- ① Infants under 9 months of age
 - ※ The senior of 60 years and over is required to be vaccinated under the agreement because of having the possible allergies after vaccination
- ② Pregnant women and nursing mothers
- ③ Persons allergic to eggs, gelatine etc
- ④ Persons with severely high fever(persons whose temperature is 38℃ or over)
- ⑤ Persons who have the history of thymus disease, or persons with inborn or acquired immune malfunction
 - ※ As for persons infected with HIV, vaccination against yellow fever is allowed once they don't have AIDS yet or doctors order them to be vaccinated.
- ⑥ Persons who have ever had serious allergies to yellow fever vaccination
- ⑦ Persons with hereditary fructose intolerance

Matters that require attention after vaccination

- ① No blood donation is allowed for 14 days after vaccination
- ② No drinking alcohol is allowed for 3 days after vaccination
- ③ Neither sauna nor full bath for 3 days after vaccination(but a shower is allowed)
- ④ 3~14 days after vaccination, some can have a slight fever, a headache, illness from fatigue(muscle pain), a pain on the injection part, etc. In rare cases, some can have allergies [severe lasting vomiting or rash, paresthesia, malignant headache, shortness of breath(dyspnea), cramp, coma, acidosis, lysis of muscle or liver cells(myocyte or hepatocyte), decreased lymphocyte and blood platelet, renal failure, etc] and please contact vaccination authorities if you have one or more of these symptoms.

예방접종 사전점검 결과(검역관 기록란)

예방접종 후 주의사항과 이상반응에 대한 설명 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
접종자(의료인) 성명 :	(서명 또는 인)