

# Mitteilung über mögliche Kontraindikationen für eine Impfung mit der attenuierten Lebend-Vakzine gegen Gelbfieber (STAMARIL®)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

die Injektion eines Lebendimpfstoffes soll nur erfolgen, wenn die unten genannten Kontraindikationen nicht bestehen. Sie als betreuende/r Pädiaterin/Pädiater kennen die Krankengeschichte des zu impfenden Kindes und verfügen zudem über die diagnostischen Möglichkeiten zum Ausschluss einer akuten Erkrankung.

Sofern aus Ihrer fachärztlichen Sicht Kontraindikationen gegen die beabsichtigte Impfung mit einem Lebendimpfstoff bestehen, bitten wir Sie um entsprechende Angaben auf diesem Vordruck.

Vielen Dank!

Bei dem Kind \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
Name Vorname

besteht aktuell **keine** Kontraindikation für eine Gelbfieberimpfung.

-----  
 besteht eine der unten genannten **Kontraindikationen** für eine Gelbfieberimpfung (Zutreffendes bitte ankreuzen):

## Es erfolgte die

Injektion eines Lebendimpfstoffes (MMR, VZV o.a.) vor weniger als vier Wochen.

## Es ist folgende Überempfindlichkeit bekannt:

gegen Eier oder Hühnerproteine

schwere Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. Anaphylaxie) nach einer früheren Gabe eines Gelbfieber-Impfstoffs

## Es besteht zum Zeitpunkt der Konsultation

eine mäßige oder schwere fieberhafte Erkrankung.

folgende akute Erkrankung: \_\_\_\_\_

## Es besteht folgende Immunsuppression:

kongenital     idiopathisch     iatrogen     Behandlung mit systemischen Steroiden o.a. Immunsuppressiva (ggf. Angabe der Dosis, der letzten Einnahme und ob die Therapie pausieren kann)

durch Bestrahlung     durch Behandlung mit Zytostatika  
Wenn ja: Wann wurde die Therapie beendet: \_\_\_\_\_

Dysfunktion des Thymus (einschließlich Myasthenia gravis, Thymom und Thymektomie).

HIV-Infektion (a-)symptomatisch bei nachgewiesener verminderter Immunfunktion

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift