Deutsche Gesellschaft für Reise-, Migrations- und Tourismusmedizin

Kölner Institut für Reisemedizin

**Studie Impfreaktionen** ID 1201 1204 ( )

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

dies ist die Internetversion, die Sie am PC downloaden, speichern, ausfüllen und schließlich als email-Anhang („Studie Impfreaktionen“) versenden können an:

dr.krappitz@ifrm-koeln.de.

Moderne Impfstoffe sind hochwirksam und gut erprobt, mit dieser Studie wollen wir dazu beitragen, unser Wissen über deren Verträglichkeit zu verbessern.

Ihre Teilnahme ist freiwillig, haben Sie herzlichen Dank fürs Mitmachen. Weiterhin ist es nicht zwingend erforderlich, dass Sie Ihre persönlichen Daten bekannt geben, lassen Sie dann die entsprechenden Felder unausgefüllt. Wenn Sie namentlich teilnehmen, vermerken wir in Ihrer Karteikarte, dass Sie Studienteilnehmer sind.

Im Formular finden Sie diese Klammern zum Ankreuzen (\* ) -> (\* x ) oder Felder zum Eintragen \* .

Welche Impfstoffe wann appliziert worden sind, werden wir aus unseren Unterlagen nachtragen, wenn Sie Ihren Namen bekannt geben. Möchten Sie ohne Namensnennung teilnehmen, dann tragen Sie bitte am Schluss die Impfstoffe selbst ein, so wie sie in Ihrem Impfausweis vermerkt sind. Zur Durchführung möchten wie Sie um Folgendes bitten:

Notieren Sie zunächst das Datum der (heute) durchgeführten Impfung \* . .2012. Dies ist der Tag 0,

dann Ihre persönlichen Daten:

Name: \* , Vorname: \* , Alter: \* J, (\* ) männlich (\* ) weiblich

Beruf: \* , email für evtl. Rückfragen \* @\* , ggf. Telefonnummer \* ,

Geben Sie ab morgen und dann am jeweils folgenden Tag Ihre Beobachtungen vom Vortag ein, ggfs. mit Angaben der betroffenen Seite (re = rechts, li = links), wenn möglich, messen Sie bitte morgens regelmäßig Ihre Körpertemperatur.

**Tag 0** (Beobachtungen am Tag der Impfung)

(\* ) nichts Ungewöhnliches, keine Beschwerden

Lokalreaktionen am Arm: Schmerzen (\* ) re (\* ) li, Rötung (\* ) re (\* ) li, Schwellung (\* ) re (\* ) li,

Allgemeinreaktionen: (\* ) Kopfschmerzen, (\* ) Gliederschmerzen, (\* ) Unwohlsein, (\* ) Fieber

(\* ) sonstiges:

(Angaben zu Ihren Symptomen, bitte beschreiben) \* .

Routinemäßige Temperaturmessung am Morgen \* , Grad Celsius.

**Tag 1** (Beobachtungen am 1. Tag nach der Impfung, Datum \* . .2012.

(\* ) nichts Ungewöhnliches, keine Beschwerden

Lokalreaktionen am Arm: Schmerzen (\* ) re (\* ) li, Rötung (\* ) re (\* ) li, Schwellung (\* ) re (\* ) li,

Allgemeinreaktionen: (\* ) Kopfschmerzen, (\* ) Gliederschmerzen, (\* ) Unwohlsein, (\* ) Fieber

(\* ) sonstiges:

(Angaben zu Ihren Symptomen, bitte beschreiben) \* .

Routinemäßige Temperaturmessung am Morgen \* , Grad Celsius.

Beschwerden vom Vortag

sind (\* ) abgeklungen (\* ), stärker (\* ), geringer, (\* ), entfällt, da beschwerdefrei.

**Tag 2** (Beobachtungen am 2. Tag nach der Impfung, Datum \* . .2012.

(\* ) nichts Ungewöhnliches, keine Beschwerden

Lokalreaktionen am Arm: Schmerzen (\* ) re (\* ) li, Rötung (\* ) re (\* ) li, Schwellung (\* ) re (\* ) li,

Allgemeinreaktionen: (\* ) Kopfschmerzen, (\* ) Gliederschmerzen, (\* ) Unwohlsein, (\* ) Fieber

(\* ) sonstiges:

(Angaben zu Ihren Symptomen, bitte beschreiben) \* .

Routinemäßige Temperaturmessung am Morgen \* , Grad Celsius.

Beschwerden vom Vortag

sind (\* ) abgeklungen (\* ), stärker (\* ), geringer, (\* ), entfällt, da beschwerdefrei.

**Tag 3** (Beobachtungen am 3. Tag nach der Impfung, Datum \* . .2012.

(\* ) nichts Ungewöhnliches, keine Beschwerden

Lokalreaktionen am Arm: Schmerzen (\* ) re (\* ) li, Rötung (\* ) re (\* ) li, Schwellung (\* ) re (\* ) li,

Allgemeinreaktionen: (\* ) Kopfschmerzen, (\* ) Gliederschmerzen, (\* ) Unwohlsein, (\* ) Fieber

(\* ) sonstiges:

(Angaben zu Ihren Symptomen, bitte beschreiben) \* .

Routinemäßige Temperaturmessung am Morgen \* , Grad Celsius.

Beschwerden vom Vortag

sind (\* ) abgeklungen (\* ), stärker (\* ), geringer, (\* ), entfällt, da beschwerdefrei.

**Tag 4** (Beobachtungen am 4. Tag nach der Impfung, Datum \* . .2012.

(\* ) nichts Ungewöhnliches, keine Beschwerden

Lokalreaktionen am Arm: Schmerzen (\* ) re (\* ) li, Rötung (\* ) re (\* ) li, Schwellung (\* ) re (\* ) li,

Allgemeinreaktionen: (\* ) Kopfschmerzen, (\* ) Gliederschmerzen, (\* ) Unwohlsein, (\* ) Fieber

(\* ) sonstiges:

(Angaben zu Ihren Symptomen, bitte beschreiben) \* .

Routinemäßige Temperaturmessung am Morgen \* , Grad Celsius.

Beschwerden vom Vortag

sind (\* ) abgeklungen (\* ), stärker (\* ), geringer, (\* ), entfällt, da beschwerdefrei.

**Tag 5** (Beobachtungen am 5. Tag nach der Impfung, Datum \* . .2012.

(\* ) nichts Ungewöhnliches, keine Beschwerden

Lokalreaktionen am Arm: Schmerzen (\* ) re (\* ) li, Rötung (\* ) re (\* ) li, Schwellung (\* ) re (\* ) li,

Allgemeinreaktionen: (\* ) Kopfschmerzen, (\* ) Gliederschmerzen, (\* ) Unwohlsein, (\* ) Fieber

(\* ) sonstiges:

(Angaben zu Ihren Symptomen, bitte beschreiben) \* .

Routinemäßige Temperaturmessung am Morgen \* , Grad Celsius.

Beschwerden vom Vortag

sind (\* ) abgeklungen (\* ), stärker (\* ), geringer, (\* ), entfällt, da beschwerdefrei.

**Tag 6** (Beobachtungen am 6. Tag nach der Impfung, Datum \* . .2012.

(\* ) nichts Ungewöhnliches, keine Beschwerden

Lokalreaktionen am Arm: Schmerzen (\* ) re (\* ) li, Rötung (\* ) re (\* ) li, Schwellung (\* ) re (\* ) li,

Allgemeinreaktionen: (\* ) Kopfschmerzen, (\* ) Gliederschmerzen, (\* ) Unwohlsein, (\* ) Fieber

(\* ) sonstiges:

(Angaben zu Ihren Symptomen, bitte beschreiben) \* .

Routinemäßige Temperaturmessung am Morgen \* , Grad Celsius.

Beschwerden vom Vortag

sind (\* ) abgeklungen (\* ), stärker (\* ), geringer, (\* ), entfällt, da beschwerdefrei.

**Tag 7** (Beobachtungen am 7. Tag nach der Impfung, Datum \* . .2012.

(\* ) nichts Ungewöhnliches, keine Beschwerden

Lokalreaktionen am Arm: Schmerzen (\* ) re (\* ) li, Rötung (\* ) re (\* ) li, Schwellung (\* ) re (\* ) li,

Allgemeinreaktionen: (\* ) Kopfschmerzen, (\* ) Gliederschmerzen, (\* ) Unwohlsein, (\* ) Fieber

(\* ) sonstiges:

(Angaben zu Ihren Symptomen, bitte beschreiben) \* .

Routinemäßige Temperaturmessung am Morgen \* , Grad Celsius.

Beschwerden vom Vortag

sind (\* ) abgeklungen (\* ), stärker (\* ), geringer, (\* ), entfällt, da beschwerdefrei.

Nur ausfüllen, wenn Sie anonym teilnehmen wollen:

Ich habe folgende Impfstoffe erhalten: 1. \* , 2. \* , 3. \* , 4. \* , 5. \* , 6. \* , 7. \* , 8. \* .

Senden Sie uns nun die Datei als email-Anhang

Herzlichen Dank