



QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom : Prénom :

Date de naissance : Âge :

Poids :

Numéro de sécurité sociale :

Vous avez rendez-vous pour 1ère injection 2ème injection 3ème injection

du vaccin : PFIZER MODERNA

Vaccin déjà reçu : AstraZeneca PFIZER MODERNA JANSSEN

MERCI DE PREPARER VOTRE CERTIFICAT DE VACCINATION PRECEDENT POUR VOTRE RAPPEL

Veillez présenter SVP votre vaccin antigrippal à l'accueil si vous souhaitez faire l'injection ce jour

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) **POSITIF** ? **Oui** Non
Si oui DATE :

MERCI DE PRESENTER le résultat de ce test

Avez-vous été **cas contact** dans les 15 derniers jours ? **Oui** Non

Avez-vous des symptômes **inhabituels** : fièvre, diarrhée, vomissement, mal à la tête, au cou, aux oreilles, à la gorge, au ventre, brûlures urinaires, courbatures, frissons, troubles de l'odorat, du goût ? **Oui** Non

Avez-vous reçu un vaccin au cours des 2 dernières semaines ? Si oui lequel : **Oui** Non

Avez-vous des antécédents d'**allergie** ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ? **Oui** Non

Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant) ? **Oui** Non

Êtes-vous **enceinte** ? Si oui quel terme : **Oui** Non

TEMPERATURE :

Êtes-vous Professionnel de santé, du secteur médico-social, vétérinaire ou sapeur-pompier ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>PRESENTEZ vous l'une des pathologies ci-dessous :</u>		
Maladie rénale chronique sévère (dont dialyse)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cancers et maladie hématologique maligne en cours de traitement par chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Transplantation d'organe solide	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Transplantation par allogreffe de cellules souches hématopoïétiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Poly-pathologies chroniques et présentant au moins deux insuffisances d'organes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie rare et particulièrement à risque en cas d'infection (liste spécifique établie par le COS et les filières de santé maladies rares)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Trisomie 21	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Pathologie ou antécédent cardiaque ou vasculaire, ou HTA compliquée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pathologie respiratoire chronique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Insuffisance rénale chronique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Indice de Masse Corporelle > 30	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cancer ou hémopathie maligne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladie hépatique chronique, cirrhose	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Traitement par immunosuppresseurs : Imurel, corticoïdes, méthotrexate, anti JAK	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Syndrome drépanocytaire majeur, antécédent de splénectomie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pathologie neurologique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Trouble psychiatrique, dépression, troubles psychotiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Démence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous en situation de handicap, hébergé en maison d'accueil spécialisé ou en foyer d'accueil médicalisé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous en foyer de travailleurs migrants de + de 60 ans ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Réservé au médecin :

Le patient est bien éligible au vaccin pour lequel il est présent (voir page 1) :

OUI NON

Si NON, quelle est l'alternative proposée :

Si le patient souhaite réaliser son injection de vaccin antigrippal ce même jour , est il éligible :

OUI NON

Date :/...../.....

Signature et nom du médecin :

Consentement du patient :

Je, soussigné(e) atteste avoir reçu les informations concernant la vaccination contre le virus Covid-19, notamment sur les risques et bénéfices connus à ce jour concernant le vaccin indiqué ci-dessus.

J'ai compris l'ensemble de ces informations et j'autorise le soignant à me vacciner avec le vaccin : MODERNA PFIZER

OUI NON

Je souhaite également bénéficier de l' injection du vaccin antigrippal ce jour :

OUI NON

Date :/...../.....

Signature :

En cas d'enfant mineur d'âge inférieur à 16 ans , vérifier l'autorisation parentale écrite (à conserver au centre)

Réservé à l'infirmière ou soignant :

Nom du vaccin injecté anti COVID :

LOT :.....

Bras D Bras G

Nom du vaccin injecté antigrippal :

LOT:

Bras D Bras G

Heure d'injection du ou des vaccins :.....

Signature et nom de l'infirmière ou soignant :

Horaire de départ post vaccination autorisée :.....

Après saisie du certificat merci de conserver cette attestation au centre vaccinal,