



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

du vaccin : AstraZeneca Pfizer/Moderna

Vaccin déjà reçu : AstraZeneca Pfizer/Moderna

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) POSITIF ? Si oui quand :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été cas contact dans les 15 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous reçu un vaccin au cours des 2 dernières semaines? Si oui lequel :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des antécédents d' allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous enceinte ? Si oui quel terme :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Êtes-vous Professionnel de santé, du secteur médico-social, vétérinaire ou sapeur-pompier ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>SI NON, avez-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

SI NON, avez-vous l'un des facteurs de risque de forme grave ci-dessous :

Pathologie ou antécédent cardiaque ou vasculaire **Oui** Non

Diabète **Oui** Non

Pathologie respiratoire chronique **Oui** Non

Insuffisance rénale chronique **Oui** Non

Indice de Masse Corporelle > 30 **Oui** Non

Cancer ou hémopathie maligne **Oui** Non

Maladie hépatique chronique, cirrhose **Oui** Non

Traitement par immunosuppresseurs :
Imurel, corticoïdes, méthotrexate, anti JAK **Oui** Non

Syndrome drépanocytaire majeur, antécédent de splénectomie **Oui** Non

Pathologie neurologique **Oui** Non

Trouble psychiatrique **Oui** Non

Démence **Oui** Non

Êtes-vous en situation de handicap, hébergé en maison d'accueil spécialisé ou en foyer d'accueil médicalisé ? **Oui** Non

Êtes-vous en foyer de travailleurs migrants de + de 60 ans ? **Oui** 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 :

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 : AstraZeneca Pfizer

OUI NON

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

Signature :

Réservé à l'infirmière ou soignant :

Nom du vaccin injecté :

Heure d'injection du vaccin :

Signature et nom de l'infirmière ou soignant :