

Questionnaire préalable à la vaccination contre la Covid-19 et suivi des injections

Centre de vaccination :

- 1^{ère} injection
 2^{ème} injection
 3^{ème} injection

Vos coordonnées

NOM : _____

Prénom : _____ Téléphone : _____

Mail : _____

Date de naissance : _____ Numéro de sécurité sociale : _____

Êtes vous professionnel de santé ? : _____ Si oui : en établissement de santé en ambulatoire
 en établissement médico-social autre personnel soignant

En cas de réaction anormale (ou d'effet indésirable), contacter votre médecin ou faire une déclaration en ligne sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

Questionnaire préalable à la vaccination anti-covid 19		OUI	NON
1	Souhaitez-vous vous faire vacciner contre la covid 19 ?		
2	Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des 2 derniers mois (sur présentation du résultat biologique) ?		
3	Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?		
4	Avez-vous été en contact à risque avec un cas confirmé de Covid dans les 7 derniers jours (sans mesure de protection) ?		
5	Avez-vous des antécédents de réaction allergique grave de type anaphylactique ou fait l'objet d'une contre-indication à une vaccination ?		
6	Êtes-vous sous chimiothérapie ou traitement immunosuppresseur ?		
7	Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ?		
8	Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ?		
9	Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes) ou traitement anticoagulant ?		

Une réponse « oui » à la question 2 nécessite l'avis médical du médecin du centre de vaccination

Une réponse « oui » aux questions 3 à 7 peut contre-indiquer la vaccination et nécessite l'avis médical du médecin du centre de vaccination.

Une réponse « oui » à la question 8 pour les femmes allaitantes ou enceintes, seul le vaccin Pfizer est autorisé.

CADRE RESERVÉ

Vaccin utilisé : PFIZER-BioNTech (BNT162b2) Janssen de Johnson & Johnson à partir de 55 ans

Lot n° : _____

Date et heure de péremption : _____

(= 1 mois à compter de la date et de l'heure indiquées par le grossiste sur la boîte de livraison en centre)

Vaccinateur

Nom : _____

Signature : _____

Injection

Date et heure : _____

- Deltοide G
 Deltοide D

Effets indésirables signalés et date :

À l'issue des 15 minutes de surveillance post-vaccinale, le médecin du centre de vaccination autorise la sortie du vacciné

Nom et prénom du médecin : _____

Date : _____

Signature du médecin : _____