



QUESTIONNAIRE DE CONSULTATION PRE VACCINALE COVID 19

A REMPLIR PAR LA PERSONNE A VACCINER

- Nom : Prénom :
- Date de naissance : Numéro de Sécurité Sociale :
- Avez-vous présenté une réaction sévère à une vaccination antérieure ? OUI - NON
 - Avez-vous déjà présenté une allergie grave ? OUI - NON
 - Votre système immunitaire est-il affaibli en raison d'une maladie ou d'un médicament tel qu'un corticoïde ? OUI - NON
 - Présentez-vous un syndrome infectieux significatif en ce moment ? OUI - NON
(T° supérieure à 38)
 - Avez-vous été vacciné contre la grippe dans les 3 dernières semaines ? OUI - NON
 - Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? OUI - NON
 - Avez-vous déjà eu le COVID ? OUI - NON
Si oui depuis moins de trois mois ? OUI - NON

En cas de réponse positive à l'une de ces questions, prendre l'avis du médecin avant vaccination

- Avez-vous un traitement anticoagulant ? OUI - NON

Si oui, le professionnel doit prolonger la pression sur le point d'injection

Signature (faisant office de consentement)

RESERVE AU VACCINATEUR

- Nom du professionnel vaccinateur (médecin) :
- Statut vaccinal : 1^{er} injection – 2^e injection
- Mode d'administration : Numéro de lot du vaccin :
- Zone d'injection : bras droit - bras gauche
- Lieu de vaccination : HPM – HLS - AUTRE :
- Effets secondaires précoces (inférieur à 15 minutes) OUI – NON
- SI OUI : lesquels + déclaration pharmacovigilance