

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID19

A compléter avant votre entretien – Merci de présenter votre carte vitale

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :



Antécédents COVID-19	oui	non
Avez-vous déjà eu la COVID-19 ?		
Si oui, est-elle documentée (sérologie, test PCR, SMS de la CPAM) ?		
Si oui, était-ce il y a plus de 2 mois ?		
Si oui, avez-vous encore des symptômes ?		

Evaluation médicale	oui	non
Avez-vous actuellement une infection, avec ou sans fièvre ?		
Avez-vous reçu un vaccin au cours des 2 dernières semaines ? Si oui, lequel ?		
Avez-vous des antécédents de réactions allergiques ?		
Si oui, avec quels aliments, substances, médicaments, vaccins ?		
Si oui, de quels types (urticaire, œdème de Quincke, choc anaphylactique) ?		
Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes ou un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire) ? *		
Êtes-vous enceinte ?		
Allaitez-vous ?		

Situation nécessitant une 3 ^{ème} dose	oui	non
Transplantation d'organe		
Transplantation récente de moelle osseuse		
Dialyse		
Maladie auto-immune sous traitement immunosuppresseur fort de type anti-CD20 (Rituximab : Mabthera, Rixathon, Truxima) ou anti-métabolites (Cellcept, Myfortic, Mycophénolate mofétil, Imurel, Azathioprine)		
Traitement par chimiothérapie lymphopénisante		
Autre immunodépression : immunosuppresseurs ou déficit immunitaire primitif		

* : prévoir un pansement compressif

Réservé au prescripteur
Eligibilité vaccinale o oui o non
Vaccination mono-dose o
Date :/...../.....
Nom du prescripteur :
Signature :

Réservé au prescripteur
Durée de surveillance o 15 minutes o 30 minutes o Autre : minutes

Réservé à l'effecteur
Type de vaccin o Pfizer o Astrazeneca o Janssen o Moderna o Autre :
N° de lot :
Site d'injection o Bras gauche o Bras droit
Injection àh.....
Sortie prévue àh.....