

QUESTIONNAIRE DE CONSULTATION PRE VACCINALE COVID 19

Questions à poser avant la vaccination (Pour la 1ère et la 2ème dose)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de Sécurité Sociale :

Numéro de tél :

• Avez-vous eu un test Covid-19 positif au cours de ces 3 derniers mois ? OUI - NON

Si oui vaccin non indiqué.

• Avez-vous eu un contact Covid récent ? OUI - NON

Si oui investiguer et différer.

• Avez-vous des symptômes évocateurs du COVID (fièvre, courbatures, anosmie, agueusie, etc.) OUI - NON

Si oui tester et différer.

• Avez-vous eu un vaccin au cours des 3 dernières semaines, si oui lequel ? OUI - NON

Si oui différer.

• Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à d'autres vaccins ? OUI - NON

Si oui différer et adresser à un allergologue.

• Avez-vous des antécédents d'hypersensibilité à d'autres substances ? OUI - NON

- si oui et substance connue pas de CI sauf si polysorbate 80 ou éthanol ;

- si substance inconnue différer et adresser à un allergologue.

• Prenez-vous des anticoagulants ou avez-vous des troubles de la coagulation ? OUI - NON

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

• Êtes-vous enceinte ? OUI - NON

• Allaitiez-vous ? OUI - NON

Si oui discuter de la balance bénéfice risque

Je suis informé(e) que les informations concernant ma vaccination seront transmises à l'assurance maladie.

Je reconnais avoir reçu toutes les informations nécessaires à mon choix éclairé.

Date :

signature

Vaccination

| Date : | Heure : | Vaccin : | N°lot : | Site d'injection : | Injection : | Observations |
|--------|---------|-------------|---------|--------------------|-------------|--------------|
| | | AstraZeneca | | Bras D / Bras G | 1e | |
| | | | | Bras D / Bras G | 2e | |

Effets secondaires précoces (inférieur à 15 minutes) OUI – NON

Signalement au Centre régional De Pharmaco-vigilance ? OUI – NON

Nom du médecin :

Nom du vaccinateur :

(signature et cachet)