

# 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 <sup>ème</sup> 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 lymphopéniante		
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 à .....h.....
Sortie prévue à .....h.....