



# Questionnaire préalable à la vaccination contre la COVID 19

Nom : Prénom : Sexe :  M  F

Date de naissance : Profession :

Adresse : Téléphone :

**NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) :**



Pour déclarer vos effets indésirables graves et/ou inattendus

		Oui	Non
Avez-vous un / des facteurs de risque suivants de forme grave à la COVID?:			
Si oui, lequel/ lesquels?	Obésité (IMC sup à 30)		
	BPCO et insuffisance respiratoire		
	Hypertension artérielle compliquée		
	Insuffisance cardiaque		
	Diabète (de type 1 et de type 2)		
	Insuffisance rénale chronique		
	Cancers et maladies hématologiques malignes		
	Trisomie 21		
	Transplantation d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques		
Autres:			
Avez-vous déjà eu une allergie?:			
Si oui, s'agissait-il:	Au PEG ou au polysorbate		
	A un vaccin		
	A un médicament		
	A une autre substance		
	D'un oedème de Quincke (gonflement du visage, des lèvres, ou de la gorge)		
	Un état de choc anaphylactique (baisse de la tension)		
	D'un urticaire (éruption et démangeaison survenues immédiatement)		
	Avez-vous besoin d'avoir de l'adrénaline sur vous (Anapen, EpiPen?)		
Etes-vous enceinte?			
Allaitez-vous?			
Traitement en cours (préparez votre ordonnance), prenez-vous:			
Un traitement anti-coagulant			
Autre: Précisez			
Avez-vous reçu un vaccin dans les 3 dernières semaines?			
Avez-vous été en contact avec un cas d'infection COVID au cours des 14 derniers jours ?			
Avez-vous déjà eu la COVID (par test PCR) au cours des 6 derniers mois ?			
Avez-vous des signes évocateurs de COVID actuellement ?			
Avez-vous eu une réaction lors de la 1ère injection ?			
Je suis informé(e) de la remontée des données sur Ameli pro			

Vaccination ce jour  Vaccination à différer pour le : .....

Date et signature de la personne vaccinée:

Nom et signature du médecin:

Date de la 1ère injection:

Nom de l'IDE:

Voie IM: deltoïde Droit  Gauche

Numéro de lot: cf étiquette collée sur le questionnaire

Heure de l'injection:

Deuxième injection	Troisième injection
Date de la 2 <sup>ème</sup> injection :	Date de la 3 <sup>ème</sup> injection :
Nom de l'IDE :	Nom de l'IDE :
Nom du médecin :	Nom du médecin :
Voie IM : deltoïde <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche	Voie IM : deltoïde <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche
Numéro de lot :	Numéro de lot :
Heure de l'injection :	Heure de l'injection :