

C.H.A.M. Direction des soins	Questionnaire de consultation pré vaccinale COVID 19	Validé le : 07/01/2021 Modifié le : 05/02/2021	N° : E MED 206-2 Page 1/2
------------------------------------	---	---	------------------------------

**Le questionnaire doit être classé dans le dossier médical de la personne vaccinée.**

*Ce questionnaire permet de recueillir les informations préalables à la vaccination anti COVID 19, permet la traçabilité de l'administration du vaccin et de la surveillance paramédicale.*

**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
- Etes 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*

Date et Signature (faisant office de consentement)

**RESERVE AU VACCINATEUR**

Nom du professionnel vaccinateur (médecin) :

Code d'identification du patient (Logiciel Vaccin COVID) :

Statut vaccinal\* : 1<sup>er</sup> injection – 2<sup>e</sup> injection

Mode d'administration :

Type de vaccin :

- Pfizer - Comirnaty®
- Astra Zeneca - ADZ1222®
- Moderna®

Numéro de lot du vaccin :

Zone d'injection : bras droit - bras gauche

Lieu de vaccination :

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

SI OUI : lesquels + déclaration pharmacovigilance

*\*Rayer la mention inutile*