

# CENTRE DE VACCINATION DU BEAUVAISIS

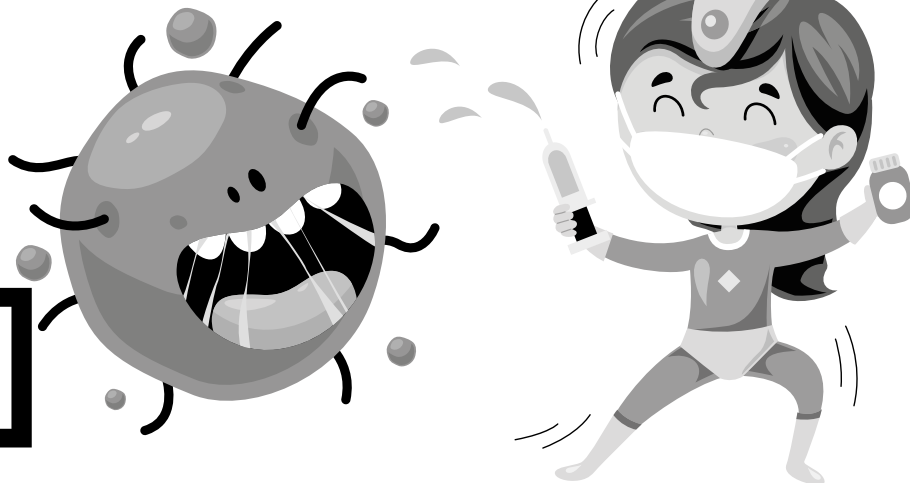
COVID-19



1<sup>ère</sup> injection

Comirnaty®

[1]



## QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19 VACCINATION PEDIATRIQUE

Sans RDV

Avec RDV - Heure : \_\_\_\_\_

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

N° DE PORTABLE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

ADRESSE MAIL :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

Nous vous remercions :

- d'apporter l'ordonnance de vos prescriptions médicales en cours
- de vous présenter à l'heure de votre rendez-vous et non en avance
- de respecter la distanciation physique et les gestes barrières

Votre enfant a-t-il eu un test (PCR ou antigénique) positif ? Si oui, à quelle date ?

Oui  Non

Votre enfant a-t-il eu de la fièvre aujourd'hui ?

Oui  Non

Votre enfant a-t-il des antécédents d'allergie à certaines substances ?

Oui  Non

Votre enfant a-t-il présenté un épisode de myocardite ou péricardite ?

Oui  Non

Votre enfant a-t-il reçu un traitement par anticorps monoclonaux contre la Covid-19 dans les deux derniers mois ?

Oui  Non

Votre enfant est-il sous traitement anticoagulant ? Votre enfant a-t-il une baisse des plaquettes ?

Oui  Non

Votre enfant a-t-il déjà présenté un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) après une Covid-19 ?

Oui  Non

CADRE RÉSERVÉ  
AUX SOIGNANTS

APTE À LA VACCINATION

Oui  Non

Nom du prescripteur

TEMPS DE SURVEILLANCE

0 min  15 min  30 min

Signature du médecin

INJECTION  
BRAS

Gauche

Droit

Nom et signature du vaccinateur

N° DE LOT :

N° Box

Heure de sortie :

H