

# 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 \_\_\_\_\_