

CENTRE DE VACCINATION DU BEAUVAISIS

COVID-19



2^{ème} injection

Comirnaty®

[2]

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

Si votre enfant a déjà reçu une dose de vaccin contre la Covid-19, a-t-il eu des effets secondaires après la première injection ? 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