CENTRE DE VACCINATION DU BEAUVAISIS — COVID-19

1ère injection

PFIZER

[1]

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

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

Avez-vous un certificat établi par votre médecin traitant pour être vacciné contre la COVID-19	Oui ❑ Non ❑
Avez-vous eu le COVID-19 ? Si OUI, à quelle date ?	Oui ❑ Non ❑
Avez-vous été en cas contact avec une personne COVID-19 dans les 14 derniers jours ? (fièvre, toux, perte de l'odorat et ou du goût...)	Oui ❑ Non ❑
Si OUI, avez-vous été testé ?	Oui ❑ Non ❑
Avez-vous de la fièvre actuellement ?	Oui ❑ Non ❑
Avez-vous reçu un vaccin au cours des 2 dernières semaines ? Si oui lequel ?	Oui ❑ Non ❑
Avez-vous des antécédents d'allergie grave ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ? Si oui Lesquels ?	Oui ❑ Non ❑
Avez-vous un traitement anticoagulant ou fluidifiant ?	Oui ❑ Non ❑
Présentez-vous des troubles de la coagulation (taux de plaquettes bas...)	Oui ❑ Non ❑
Êtes-vous enceinte de moins de 3 mois ?	Oui ❑ Non ❑
Etes-vous sous traitement immunosuppresseur (chimiothérapie, immunothérapie, thérapie ciblée, infection VIH), traitement anti-monoclonal (anti-CD19, anti-CD20,) : ex Rituximab...	Oui ❑ Non ❑
Commentaire complémentaire	

DEMANDE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

❑ Je reconnais avoir reçu les informations, compris les termes de ce questionnaire, y avoir répondu en toute sincérité et je souhaite être vacciné.

Date et signature du patient :

Le / /

CADRE RÉSERVÉ AUX SOIGNANTS

NÉCESSITE UN AVIS MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE
Oui ❑ Non ❑
Signature du premier prescripteur

APTE À LA VACCINATION
Oui ❑ Non ❑
Nom du médecin

TEMPS DE SURVEILLANCE
15 min ❑ 30 min ❑
Signature du médecin

INJECTION BRAS
Gauche ❑
Droit ❑

N° DE LOT :

N° Box

Nom IDE / IDEL et signature

Heure de sortie : **H**

Version du 16/06/2021

PRÉFÈTE DE L'OISE — Liberté Égalité Fraternité · CHB Centre Hospitalier de Beauvais · ars Agence Régionale de Santé Hauts-de-France · Beauvais CŒUR DE L'OISE, CŒUR DE VIE ! · Agglo du Beauvaisis