



QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : / /

DATE DE 1^{ÈRE} INJECTION : / /

DATE DE 2^{ÈME} INJECTION : / /

- 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
 - d'amener votre certificat d'injection

Avez-vous un certificat établi par votre médecin traitant pour être vacciné contre la COVID-19 Oui Non

Avez-vous été (entourer la réponse) :

- a- Transplanté d'organes solides (rein...)
- b- Transplanté récent de moelle osseuse
- c- Patients dialysés
- d- Patients atteints de maladies auto-immunes sous traitement immunosuppresseur fort, exemple :

1. Rituximab (Mabthera)	2. Arava (Léflunomide)
3. Méthotrexate	4.
- e- Patients ayant un cancer

Avez-vous eu des effets secondaires à la suite de la 2^{ème} injection ? Oui Non

Si OUI, lesquels ?

Avez-vous reçu une autre vaccination au cours des 2 dernières semaines ? Oui Non

Avez-vous eu des signes d'infection COVID-19 depuis la 2^{ème} injection ? (fièvre, toux sèche, perte de l'odorat ou du goût...) Oui Non

Avez-vous été en cas contact avec une personne COVID-19 dans les 14 derniers jours ? (fièvre, toux sèche, perte de l'odorat ou du goût...) Oui Non

Si OUI, avez-vous été testé ? Oui Non

Avez-vous de la fièvre actuellement ? Oui Non

Êtes-vous enceinte de moins de 3 mois ? Oui Non

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 / /

<p>CADRE RÉSERVÉ AUX SOIGNANTS</p> <p>NÉCESSITE UN AVIS MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Signature du premier prescripteur</p>	<p>APTE À LA VACCINATION</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Nom du médecin</p>	<p>TEMPS DE SURVEILLANCE</p> <p>15 min <input type="checkbox"/> 30 min <input type="checkbox"/></p> <p>Signature du médecin</p>	<p>INJECTION BRAS</p> <p>Gauche <input type="checkbox"/></p> <p>Droit <input type="checkbox"/></p> <p>Nom IDE / IDEL et signature</p>	<p>N° DE LOT :</p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>N° Box</p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p>
--	--	--	--	--

Heure de sortie : H