

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES ET QUESTIONNAIRE POUR LA CONSULTATION PRÉ-VACCINALE 1^{ère} 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 vous vêtir de façon à pouvoir dégager votre épaule facilement ;
- de respecter la distanciation physique et le respect des gestes barrières.

En période de couvre-feu ou de confinement, remplissez une attestation de déplacement. Et soyez rassurés, un certificat de vaccination vous est délivré à l'issue de la vaccination.

Nom/Prénom du patient : Avez-vous plus de 50 ans ? Oui Non Date de naissance :

Quelle est votre taille ? Quel est votre poids ? Êtes-vous à jeun ? Oui Non

Avez-vous un médicament contre la tension artérielle ?

Oui Non

Avez-vous du diabète (type I ou II) ?

Oui Non

Avez-vous une maladie du cœur (angine de poitrine, infarctus, valve du cœur anormale, opération du cœur, autre...) ?

Oui Non

Avez-vous déjà fait un accident vasculaire cérébral (AVC) ?

Oui Non

Avez-vous une sclérose en plaques ?

Oui Non

Avez-vous une maladie de Parkinson ?

Oui Non

Est-ce que vos reins fonctionnent bien ?

Oui Non

Êtes-vous en dialyse ?

Oui Non

Avez-vous une maladie du poumon (bronchite chronique, asthme, insuffisance respiratoire, apnée du sommeil) ?

Oui Non

Êtes-vous sous oxygène à la maison ?

Oui Non

Avez-vous eu une opération de la rate ?

Oui Non

Avez-vous une maladie du sang ?

Oui Non

Avez-vous une maladie du foie ?

Oui Non

Avez-vous une cirrhose ?

Oui Non

Avez-vous eu une greffe d'organe ?

Oui Non

Avez-vous eu un cancer dans les trois dernières années ?

Ou actuellement ?

Oui Non

Avez-vous un cancer du sang ?

Oui Non

Avez-vous un problème de défenses (maladie auto-immune, infection par le VIH, traitement par corticoïdes, par chimiothérapie, par traitement immuno-dépresseur...) ?

Oui Non

Avez-vous un traitement pour fluidifier le sang ?

Oui Non

Avez-vous des allergies à un médicament ? À un aliment ?

À un vaccin ? Comme un œdème de Quincke ou un choc, malaise avec baisse de la tension artérielle ? Une prescription de seringue auto-injectable d'adrénaline ?

Oui Non

Précisez.....

Avez-vous un antécédent d'allergie au poly Éthylène glycol (Macrogol) ?

Oui Non

Avez-vous un traitement anti coagulant ? Un manque de plaquettes ? Un problème de coagulation ?

Oui Non

Madame, pouvez-vous être enceinte actuellement ?

Oui Non

Êtes-vous malade en ce moment ?

Oui Non

Avez-vous reçu un vaccin dans les deux dernières semaines ?

Oui Non

Avez-vous fait un épisode récent ou plus ancien évocateur d'infection Covid (fièvre, fatigue, courbatures, douleur thoracique, toux, rhinite, mal de gorge, perte du goût ou de l'odorat, diarrhée, conjonctivite...) ?

Oui Non

Avez-vous été en contact avec une personne ayant fait l'infection Covid dans les 14 derniers jours ?

Oui Non

Avez-vous des questions à poser à un médecin avant la vaccination ?

Oui Non

Le patient doit cocher, ou non, les cases suivantes.

Je reconnais avoir reçu les informations, compris les termes de ce questionnaire et y avoir répondu en toute sincérité.
(Cochez la case si votre réponse est oui).

Je souhaite être vacciné.
(Cochez la case si votre réponse est oui).

Je ne souhaite pas être vacciné.
(Cochez la case si votre réponse est oui).

Date et signature du patient

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN VACCINATEUR

Nom du médecin :

Signature

Date :

Décision médicale :

Nom du vaccin :

N° du lot du vaccin :

RUBRIQUE LIBRE RÉSERVÉE AU MÉDECIN VACCINATEUR

Communauté d'agglomération du Beauvaisis

48 rue Desgroux – 60005 Beauvais

03 44 15 68 00

Avec le soutien du Centre Hospitalier Simone Veil de Beauvais

