

**RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES
ET QUESTIONNAIRE POUR LA CONSULTATION PRÉ-VACCINALE
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 vous vêtir de façon à pouvoir dégager votre épaule facilement ;
- de respecter la distanciation physique et les 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 :

Date de naissance :

Êtes-vous à jeun ?

Oui Non

Avez-vous eu des effets secondaires à la suite de la 1^{ère} injection ? Oui Non

Si oui lesquels ?

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

Avez-vous eu une infection Covid-19 depuis la 1^{ère} injection ? Oui Non

Êtes-vous cas contact d'une personne Covid-19 dans les 2 dernières semaines ? Oui Non

Si oui, avez-vous été testé ? Oui Non

Avez-vous un nouveau médicament depuis la 1^{ère} injection pour fluidifier le sang par exemple ?

Êtes-vous malade en ce moment ? Oui Non

Êtes-vous enceinte ou pensez-vous l'être ? Oui Non

DEMANDE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

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

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



CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN VACCINATEUR

Nom du médecin :

Signature

Date :

Décision médicale :

Commentaires :

Nom du vaccin :

N° du lot du vaccin :