

QUESTIONNAIRE de Pré vaccination

avant la DEUXIEME injection du VACCIN anti COVID 19

NOM :	
Prénom :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	Téléphone :
Age :	Numéro de sécurité sociale :

DEMANDE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Cette vaccination peut engendrer des réactions locales (douleurs, rougeurs...) ou des réactions générales (fièvre, fatigue, céphalées, douleurs musculaires et/ou articulaires). Ces réactions sont les plus souvent bénignes et disparaissent spontanément. En cas de terrain à risque, quelques cas rares d'allergie type anaphylaxie ont été décrits.

Je suis informé d'une surveillance de 15 minutes après l'injection

Je déclare et donne mon accord pour la pratique du vaccin

Je reconnais avoir eu connaissance des bénéfices et risques liés à la vaccination : Oui Non

Je souhaite être vacciné(e) : Oui Non

Date et Signature :

	OUI	NON
Avez-vous réalisé la première injection dans le même centre de vaccination ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre première injection date-t-elle de plus de 3 semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous présenté des effets indésirables non graves et transitoires après la 1ère injection :		
Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs articulaires / musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur au point d'injection, rougeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganglions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous présenté une réaction d'allure allergique au décours de la 1ère dose de vaccin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous avoir présenté d'autres effets en lien avec le vaccin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous consulté un médecin depuis la 1ère injection ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous contracté le COVID depuis la 1ère injection ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous cas contact d'une personne COVID19 + ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous actuellement d'une infection aiguë avec fièvre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous réalisé un autre vaccin depuis la 1ère injection ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte, ou pensez-vous l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement : prenez-vous un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EN CAS DE REPONSE OUI DANS LA ZONE GRISEE, Consultation médicale avant injection		

En cas de traitement **anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire** : compression 5 minutes du point d'injection, sans masser.

Nom du vaccin :

N° de lot :

2ème injection faite le :

Nom et signature du médecin prescripteur :

Bras piqué : G D