AUTO-QUESTIONNAIRE VACCIN COVID 19

Consultation pré vaccinale

IDENTIFICATION STRUCTURE / MEDECIN					
Centre de vaccination :					
Nom et Prénom du médecin :					
DATE :	Température frontale à	h	min :		
Cet auto-questionnaire à remplir par vos soins a pour but d'aider le médecin à choisir la solution qui vous convient le mieux. Veuillez remplir manuscritement ou cocher les cases appropriées					
NOM:	Prénom :				
Date de naissance :					
Téléphone :					
N° sécurité sociale :					
A REMPLIR PAR LE PATIENT					
1/ Etat de santé actuel :					
Avez-vous des signes évocateurs de COVID act (Toux, fièvre, difficultés à respirer, maux de tête		goût ou d	'odorat…)	oui □ non □	
Avez-vous déjà eu la COVID (diagnostic par PCI	R) au cours des 3 derniers m	nois ?		oui □ non □	
Avez-vous été déterminé « contact à risque Cov	vid » au cours des 14 dernie	ers jours	?	oui □ non □	
Avez-vous reçu un vaccin grippe depuis moins c de 14 jours ?	le 3 semaines ou un autre v	accin de _l	ouis moins	oui □ non □	
Pour la 2ème injection : Avez-vous eu une réac	tion lors de la 1ère injection	n ?		oui □ non □	
2/ Grossesse :					
Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?				oui □ non □	
3/ Avez-vous déjà eu une allergie ? (si non pass	ser directement au point 4)			oui □ non □	
au PEG ou au polysorbate (PEG = polyé	hylène glycol) par exemple	: médica	ment contre la		
constipation, sirop pour la toux				oui \square non \square	
à un vaccin				oui □ non □	
à un médicament				oui 🗆 non 🗆	
à une autre substance Si « oui » à une des questions, veuillez indiquer	à quoi avez-vous eu une al	lergie :		oui □ non □	

Si oui, s'agissait-il :					
- d'un œdème de Quincke (gonflement du visage, des lèvres ou de la gorge)	oui □ non □				
- d'un état de choc anaphylactique (baisse brutale de la tension)	oui \square non \square				
- d'une urticaire (éruption et démangeaison survenus immédiatement)	oui \square non \square				
Avez-vous besoin d'avoir de l'adrénaline sur vous (Anapen, Epipen) ?	oui □ non □				
4/ Traitements en cours (préparez votre ordonnance de traitement habituel).					
Prenez-vous un traitement anticoagulant ?	oui 🗆 non 🗆				
5/ Avez-vous une prescription pour la vaccination de votre médecin traitant	oui □ non □				
6/ Informations à lire absolument :					
Le vaccin protège des formes graves du coronavirus à plus de 90%, il est possible et assez fréquent d'avoir quelques					
effets secondaires non graves et transitoires pendant quelques jours après la vaccination de type fiève	re, courbatures,				
maux de tête, fatigue. En cas de besoin n'hésitez pas à contacter votre médecin traitant.					
Une surveillance de 15 minutes après le vaccin est obligatoire.					
J'ai lu					
7/ Consentement : Je souhaite me faire vacciner contre le coronavirus.	oui □ non □				

Merci de préparer votre carte vitale, votre ordonnance de traitement habituel

A REMPLIR PAR LE MEDECIN lors de l'examen pré vaccinal

Contre-indication temporaire (foyer infectieux, COVID récent, risque	de covid)	oui \square non \square		
Possibilité de reprendre RDV à partir de :				
Contre-indication absolue (allergie sévère)		oui □ non □		
Catégorie d'éligibilité :				
☐ Age (préciser) :☐ A risque de forme grave (préciser) :☐ Dose supplémentaire restante				
ACCORD POUR INJECTION		oui □ non □		
A REMPLIR PAR	IDE			
NOM ET PRENOM :				
NOM du Vaccin :	heure de l'injection :			
Numéro de lot :				
A COMPLETER IMPERATIVEMENT				
SAISIE INFORMATIQUE (<u>si non à signaler en rouge en tête de liste</u>)		oui □ non □		
AUTORISATION DE RETOUR A DOMICILE		oui □ non □		
Réactions allergiques		oui □ non □		
Prochain RDV pris (si 1ère injection) ?		oui □ non □		