

Questionnaire vaccination contre la Covid-19 Première et deuxième dose

Nom : Prénom : Date de naissance : Numéro de sécurité sociale :

	Oui*	Non
Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif il y a moins de 2 mois ?		
Avez-vous reçu un traitement par anticorps monoclonaux contre la covid-19 dans les 2 derniers mois ?		
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?		
Avez-vous reçu un vaccin au cours des 2 dernières semaines ? Si oui, lequel :		
Avez-vous des antécédents d'allergie à certaines substances ?		
Avez-vous récemment présenté un épisode de myocardite ou péricardite ?		
Etes-vous sous traitement anticoagulant ? Avez-vous une baisse des plaquettes ? Avez-vous déjà présenté un syndrome de fuite capillaire ?		
Pour les enfants âgés d'au moins 12 ans, avez-vous présenté un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) après une covid-19 ?		
Pour les personnes ayant déjà reçu une dose de vaccin contre la covid-19, avez-vous déjà présenté un effet indésirable grave après la première injection ?		

**Pour toute réponse positive à l'une des questions, il convient de réorienter le patient vers son médecin traitant.*

Je reconnais avoir été informé(e) des bénéfices et des risques liés à la vaccination et je souhaite être vacciné(e) contre la covid-19.

Oui **Non**

Signature du patient :

Cadre réservé à l'infirmier(e)	
Injection bras droit <input type="checkbox"/> Injection bras gauche <input type="checkbox"/>	Nom de l'IDE :
Vaccin :	Signature :
N° de lot :	
Date et heure d'injection :	