

## Questionnaire pré-vaccinal COVID-19

**Veillez venir à votre rendez-vous avec le questionnaire rempli. En cas de doute à une question, contactez votre médecin traitant.**

Nom .....Nom de naissance.....Prénom .....

Numéro de sécurité sociale /...../...../...../...../...../...../...../...../ Téléphone.....

Date de naissance.....

**Avez-vous pris connaissance du document « Informations sur la vaccination COVID » ?** oui  non

**Avez-vous un ou des facteurs de risque suivant de forme grave de COVID ?** oui  non

- Si oui lequel/lesquels
- l'obésité (IMC>30)
  - la BPCO et l'insuffisance respiratoire
  - l'hypertension artérielle compliquée
  - l'insuffisance cardiaque
  - le diabète
  - l'insuffisance rénale chronique
  - les cancers et maladies hématologiques malignes, actifs ou de moins de 3 ans
  - la transplantation d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques

**Avez-vous reçu un vaccin dans les 3 dernières semaines ?** oui  non

**Avez-vous été en contact avec un cas d'infection COVID au cours des 7 derniers jours ?** oui  non

**Avez-vous déjà eu la COVID (diagnostic par PCR) au cours des 3 derniers mois ?** oui  non

**Avez-vous des signes évocateurs de COVID ou persistants de COVID actuellement ?** oui  non

**Avez-vous déjà eu une allergie ?** 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  non
  - d'un urticaire (éruption et démangeaison survenues immédiatement) oui  non
  - avez-vous besoin d'avoir de l'adrénaline sur vous (Anapen, epipen) ? oui  non

**Etes-vous allergique ?**

- au Polyéthylène Glycol ou au polysorbate oui  non
- à un vaccin oui  non
- à un médicament oui  non
- à une autre substance, laquelle..... oui  non

**Grossesse et allaitement : si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ?** oui  non

**Prenez-vous un traitement anticoagulant ou antiagrégant ?** oui  non

**Prenez-vous un traitement immunosuppresseur ?** oui  non

**Pour la deuxième injection : avez-vous eu une réaction lors de la première injection ?** oui  non

Je certifie avoir reçu une information éclairée sur la vaccination anti-COVID et demande à être vacciné(e).

Le.....2021

Signature

## A compléter seulement par le personnel du Centre de vaccination

**Consultation médicale**    oui  non

Si oui, conclusion

vaccination ce jour

vaccination à différer de.....jours

---

**Identité du prescripteur**.....

N° RPPS.....

---

**Identité de la personne réalisant la vaccination**.....

Vaccin tozinaméran (COMIRNATY®) (laboratoires PFIZER et BioNTech)

Numéro du lot.....

Date et heure de la première injection : le.....à.....

Zone d'injection IM :     bras droit             bras gauche

---

**Date de la 2<sup>ème</sup> dose** (entre J21 et J28) : le.....à.....

---

**Effets indésirable(s) précoces(s) lors de la surveillance suivant la vaccination**    oui  non

Si oui lesquels : .....

.....

.....