

# Centre de vaccination – CHOLET – Vaccin PFIZER

## Questionnaire Patient

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro de sécurité sociale : ..... Téléphone : .....

### PREMIERE INJECTION

#### Avez-vous déjà eu la COVID

(PCR ou Test Antigénique positif) ?

oui  non

- Test positif < 3 mois ? Vaccination de préférence à 6 mois  
Vous n'aurez qu'une seule injection
- Test positif > 6 mois ? Vous n'aurez qu'une seule injection

**Avez-vous reçu un autre vaccin  
dans les 2 dernières semaines ?**

oui  non

**Avez-vous été en contact avec une personne COVID 19  
confirmée dans les 7 derniers jours ?**

oui  non

**Avez-vous eu de la fièvre aujourd'hui ?**

oui  non

**Avez-vous déjà eu une allergie à un médicament  
ou un vaccin ? Si oui, lequel ? .....**

oui  non

**Avez-vous un traitement anticoagulant  
(Préviscan, Xarelto, Eliquis, Héparine, Coumadine) ?**

oui  non

**Avez-vous un traitement immunosuppresseur ou  
une chimiothérapie ?**

oui  non

**Êtes-vous enceinte ?**

Vaccination possible à partir du deuxième trimestre

oui  non

### DEUXIEME INJECTION :

**Avez-vous eu le vaccin PFIZER lors de la première injection ?**

oui  non

**Si non, avez-vous plus de 55 ans ?** oui  non

**Dans ce cas, votre deuxième injection doit être réalisée avec le même vaccin que la première**

**Avez-vous eu une réaction lors de la première injection ?**

oui  non

Si oui, précisez ici :

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

Le.....2021

Signature