CPTS Giennois Berry

QUESTIONNAIRE DE CONSULTATION PRE VACCINALE COVID 19

IDENTIFICATION DU MEDECIN

A REMPLIR PAR LA PERSONNE A VACCINER

Nom : Prénom :
Date de naissance : Numéro de Sécurité Sociale :

- Avez-vous présenté une réaction sévère à une vaccination antérieure ? OUI – NON

- Avez-vous déjà présenté une allergie grave ? OUI – NON

- Votre système immunitaire est-il affaibli en raison d'une maladie ou d'un médicament tel qu'un corticoïde ? OUI – NON

- Présentez-vous un syndrome infectieux significatif en ce moment ? OUI - NON
(T° supérieure à 38)

- Avez-vous été vacciné contre la grippe dans les 3 dernières semaines ? OUI – NON

- Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? OUI – NON

- Avez-vous déjà eu le COVID ? OUI – NON
Si oui depuis moins de trois mois ? OUI - NON

En cas de réponse positive à l'une de ces questions, prendre l'avis du médecin avant vaccination

Avez-vous un traitement anticoagulant ? OUI - NON
Si oui, le professionnel doit prolonger la pression sur le point d'injection

Signature (faisant office de consentement)
Date

RÉSERVÉ AU VACCINATEUR

Nom du professionnel vaccinateur :

Statut vaccinal : 1er injection – 2 e injection Date de vaccination :

Mode d'administration : Numéro de lot du vaccin :

Zone d'injection : bras droit - bras gauche

Lieu de vaccination : HPM – HLS - AUTRE :

Effets secondaires précoces (inférieur à 15 minutes) OUI – NON

SI OUI : lesquels + déclaration pharmacovigilance