



Questionnaire médical pré vaccinal Covid-19 / injection 1

NOM		Prénom	
Date de naissance		Numéro de téléphone	
N° Sécurité sociale			

LIGNE :

	Oui	Non
Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave (œdème de Quincke, choc anaphylactique, urticaire généralisé, détresse respiratoire) à un médicament ou à une autre substance ?		
Avez-vous été contact dans les 7 derniers jours avec une personne diagnostiquée COVID+ ?		
Avez-vous présenté dans les 7 derniers jours l'un des symptômes suivants ?		
Fièvre		
Perte de l'odorat ou du goût		
Douleurs articulaires		
Douleurs musculaires		
Toux		
Maux de tête		
Diarrhée		
Avez-vous déjà été testé positif au COVID ? Si oui précisez quand :		
Avez-vous eu une vaccination dans les 3 dernières semaines ?		
Avez-vous un problème de l'hémostase ou de la coagulation, ou prenez-vous un traitement anticoagulant ou fluidifiant le sang ?		
Pour les femmes : êtes-vous ou pensez-vous être enceinte ?		
Êtes-vous immunodéprimé ou sous traitement immunosuppresseur ?		
Êtes-vous allaitante ?		

A renseigner le jour du RDV :

Je soussignéaccepte de me faire vacciner contre la COVID-19 ce jour.

- Je suis informé que les informations seront transmises à l'assurance maladie
- Je reconnais avoir reçu toutes les informations essentielles à mon choix éclairé

Date.....

Signature:.....

<u>Validation prescription médicale de la vaccination COVID première dose :</u> Médecin: Signature: Validation de la vaccination ce jour: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À différer <input type="checkbox"/>	<u>Partie à remplir par le vaccinateur:</u> Nom : Paraphe: BG / BD	Etiquette vaccin
<u>Consignes surveillance :</u> Compression prolongée : Surveillance prolongée :	Vaccination faite le /...../..... Heure de vaccination :.....h..... Heure de sortie de la zone de surveillance :.....h.....	