

QUESTIONNAIRE MEDICAL AVANT 1ère INJECTION VACCIN COVID-19

Centre COVID de Saint-Mandé – CPTS autour du bois v25.04.21

NOM :

N° de sécurité sociale (obligatoire) :

PRENOM :

Date de naissance/ âge :

Sexe : M F

Vous serez reçu par un professionnel de santé avant la vaccination :
En cas de réponse « OUI » à une question ou sur demande de votre part.

CONTRE-INDICATIONS EVENTUELLES :	SI OUI QUAND ?	NON
Avez-vous eu une infection à Covid, une PCR positive ou une sérologie positive par le passé ?		
Avez-vous été en contact dans les 7 derniers jours avec une personne Covid + confirmée ?		
Souffrez-vous actuellement d'une infection aiguë avec fièvre ?		
Avez-vous reçu une autre vaccination au cours des 2 dernières semaines ?		
Avez-vous déjà eu une injection d'ASTRAZENECA ou du JOHNSON-JOHNSON par le passé ?		
Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être ?		
Avez-vous déjà eu une réaction allergique sévère (urticaire généralisée, œdème de Quincke, choc anaphylactique, asthme) ou un autre type de réaction suite à une vaccination, à un médicament, à un aliment ou à une autre substance ?		
Etes-vous allergique à ces substances ? ((4hydroxybutyl)azanediyl)bis(hexane6,1diyl)bis(2hexyldécanoate) (ALC0315), 2[(polyéthylène glycol)2000]N,Nditétradécylacétamide (ALC0159) 1,2Distéaroylsnglycéro3phosphocholine (DSPC) , Cholesterol , Potassium chloride, potassium dihydrogen phosphate, sodium chloride, disodium phosphate dihydrate, sucrose		
Réservé au centre Nom et prénom du médecin ayant validé le questionnaire (En cas de OUI)		
Réservé au centre Nom et prénom de L'IDE ayant validé le questionnaire (En cas de NON)		

Je suis d'accord pour que mes données personnelles saisies soient transmises à l'assurance maladie et à la direction générale de la santé et j'en accepte les conditions : OUI NON

- ➔ **Un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire n'est pas une contre-indication à la vaccination mais il est impératif de le signaler à l'infirmière avant l'injection.**
- ➔ **En cas d'immunodépression, merci de le signaler au médecin lors de l'enregistrement.**
- ➔ **Ne pas administrer d'autre vaccin entre les 2 injections du vaccin covid-19 et ne pas administrer d'autre vaccin dans les 15 jours qui suivent la 2^{ème} injection.**

Le

Fait à

Signature :