

Questionnaire préalable à la vaccination contre la COVID 19

Etiquette patient	Nom: _____	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Prénom _____		
	Date de naissance: _____	Age: _____	
	Service: _____	Fonction: _____	
	Numéro de sécurité sociale: _____		

	Oui	Non
Avez-vous un / des facteurs de risque suivants de forme grave à la COVID?:		
Si oui, lequel/ lesquels?	Obésité (IMC sup à 30)	
	BPCO et insuffisance respiratoire	
	Hypertension artérielle compliquée	
	Insuffisance cardiaque	
	Diabète (de type 1 et de type 2)	
	Insuffisance rénale chronique	
	Cancers et maladies hématologiques malignes	
	Trisomie 21	
	Transplantation d'organe solide ou de cellules souches hématopoiétiques	
Autres: _____		
Avez-vous déjà eu une allergie?:		
Si oui, s'agissait-il:	Au PEG ou au polysorbate	
	A un vaccin	
	A un médicament	
	A une autre substance	
	D'un oedème de Quincke (gonflement du visage, des lèvres, ou de la gorge)	
	Un état de choc anaphylactique (baisse de la tension)	
	D'un urticaire (éruption et démangeaison survenues immédiatement)	
	Avez-vous besoin d'avoir de l'adrénaline sur vous (Anapen, Epipen?)	
Etes-vous enceinte?		
Allaitez-vous?		
Traitement en cours (préparez votre ordonnance), prenez-vous:		
Un traitement anti-coagulant		
Autre: Précisez _____		
Avez-vous reçu un vaccin dans les 3 dernières semaines?		
Avez-vous été en contact avec un cas d'infection COVID au cours des 14 derniers jours ?		
Avez-vous déjà eu la COVID (par test PCR) au cours des 3 derniers mois ?		
Avez-vous des signes évocateurs de COVID actuellement ?		
Avez-vous eu une réaction lors de la 1ère injection ?		
Je suis informé(e) de la remontée des données sur Ameli pro		

Vaccination ce jour <input type="checkbox"/> Vaccination à différer <input type="checkbox"/>	
Date et signature de la personne vaccinée:	Nom et signature du médecin:
Date de la 1ère injection:	
Nom de l'IDE:	
Voie IM: deltoïde Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>	Numéro de lot: cf étiquette collée sur le questionnaire
Heure de l'injection:	
Deuxième injection	
Date de la 2ème injection:	Nom et signature du médecin:
Nom de l'IDE:	
Voie IM: deltoïde Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>	
Heure de l'injection:	
Numéro de lot: cf étiquette collée sur le questionnaire	