

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE PRE-VACCINATION

**CENTRE DE
VACCINATION DE
SOMMIERES**

**Questionnaire médical pré vaccinal
Covid-19 / injection 1**

NOM de naissance

Prénom :

NOM d'usage

Date de naissance :

Tél. :

N° Sécurité sociale : / / / / / / /

TEMPERATURE :

	Oui	Non
Avez-vous eu une réaction allergique grave à un médicament, vaccin ou à une autre substance? (œdème de Quincke, urticaire généralisé, détresse respiratoire)		
Avez-vous été contact sans mesure de protection 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 eu un test Covid positif (PCR ou test antigénique) dans les 3 dernières semaines ?		
Avez-vous eu une vaccination dans les 3 dernières semaines autre que contre la COVID19?		
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 ?		

Vous pourrez poser vos questions, si vous le souhaitez, le jour de la vaccination.

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

Signature :

<p>Validation prescription médicale de la vaccination COVID première dose :</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> NON temporaire <input type="checkbox"/> NON définitif <input type="checkbox"/></p> <p>➤ <u>Identité Prescripteur et Signature :</u></p> <p>Vaccination faite le: /...../.....</p> <p style="text-align: center;">Par :</p> <p>N° de lot Bras Gauche <input type="checkbox"/> Bras Droit <input type="checkbox"/></p>	<p>HEURE VACCINATION</p> <p>FIN SURVEILLANCE POST-VACCINALE</p>
---	--