

QUESTIONNAIRE PRE-VACCINAL A COMPLETER PAR LES PERSONNES VOLONTAIRES POUR UNE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

1 ^{ère} injection ou Covid	Date : ____ / ____ / 202__	Entourer le vaccin utilisé : Pfizer – Astrazeneca – Moderna - Jansen
2 ^{ème} injection ou Covid	Date : ____ / ____ / 202__	Pfizer – Astrazeneca – Jansen - Moderna
3 ^{ème} injection ou rappel	Date : ____ / ____ / 202__	Pfizer – Moderna

1 – VOS COORDONNEES

NOM : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Prénom : _____

Age : ____ ans

Numéro de téléphone : _____

Sexe : Féminin Masculin

N° de Sécurité Sociale : _____

Se reporter au verso pour terminer de compléter le formulaire...

PARTIE A COMPLETER AVANT L'INJECTION

Vaccin MODERNA : dose complète dose de rappel
Merci d'entourer la dose à injecter

Nom et signature de l'infirmier :

PARTIE A COMPLETER PAR LE VACCINATEUR

INJECTION n° : ____ Vaccination : Réalisée

Récusée

Recherche de consentement : Oui Non

Code postal du lieu de Vaccination : 69150

Date de l'injection : ____ / ____ / 202__

Heure de l'injection : ____ h. ____

Site injection vaccin : deltoïde droit deltoïde gauche Autre (à préciser) : _____

Nom du Vaccin : _____

Numéro de lot : _____ Date de péremption : ____ / ____ / ____

Surveillance obligatoire après vaccination :

Anticoagulant, antiagrégant ou aspirine ? Oui Non

Compression a minima 5 min ? Oui Non

Effet secondaire à type de réaction allergique ? Non

Oui **Si oui** : grade 1 2 3 4

Nom et signature de l'infirmier réalisateur de
l'injection vaccinale :

2 – CRITERES DE DECISION DE VACCINATION (à compléter par le patient)

Merci de renseigner attentivement les informations suivantes et d'informer le vaccinateur sur votre état de santé

- | | | | | |
|----|---|---|------------------------------|--|
| 1 | Avez-vous des antécédents de réaction allergique sévère à des vaccins ou des médicaments injectables contenant du Macrogol / polyéthylène glycol (PEG) ? pour PFIZER voir pour Moderna | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Avis de l'allergologue avant injection + discussion au cas par cas du rapport bénéfices/risques |
| 2 | Avez-vous des antécédents de prescription de seringue auto-injectable d'adrénaline ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui : avis de l'allergologue avant injection + discussion au cas par cas du rapport bénéfices/risques |
| 3 | Avez-vous été en contact avec une personne COVID positive dans les 7 derniers jours ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui : différer la vaccination de 7 jours après le contact, attendre test PCR à J7 |
| 4 | Avez-vous une infection au COVID en cours, ou datant de moins de 3 mois ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui : différer la vaccination, attendre 3 mois révolus pour la personne souhaitant être vaccinée |
| 5 | Etes-vous atteint d'une forme chronique d'infection au COVID avec des symptômes persistants attribués à l'infection ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui : discussion au cas par cas du rapport bénéfices/risques |
| 6 | Avez-vous de la FIEVRE ou une INFECTION AIGUË ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui : le signaler et différer la vaccination après la guérison |
| 7 | Avez-vous une maladie auto-immune en poussée ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui : différer la vaccination |
| 8 | Avez-vous une sclérose en plaques avec un traitement immunosuppresseur ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui : avis du neurologue ou centre de référence (crc.sep-lyon@chu-lyon.fr) |
| 9 | Prenez-vous un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire ou avez-vous un problème de saignement ou d'ecchymoses ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui : le signaler au vaccinateur (voie IM obligatoire) |
| 10 | Avez-vous eu un vaccin il y a moins de 21 jours ? autre que la 1^{ère} injection Covid ou le vaccin de la grippe | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui : différer la vaccination, attendre 3 semaines révolues pour la personne souhaitant être vaccinée |
| 11 | Etes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Pas de contre-indication, discussion au cas par cas du rapport bénéfices/risques avec le gynécologue et/ou un autre spécialiste selon les ATCD |
| 12 | Si effets secondaires importants lors de(s) précédente(s) injection(s) : | | | Avis de l'allergologue avant injection + discussion au cas par cas du rapport bénéfices/risques d'une 2 ^{ème} injection |
| | <input type="checkbox"/> Urticaire | <input type="checkbox"/> Choc | | |
| | <input type="checkbox"/> Malaise | <input type="checkbox"/> Autre à préciser : _____ | | |

SURVEILLANCE OBLIGATOIRE de 15 minutes après la vaccination

Cette vaccination peut parfois, comme tout acte médical, entraîner des effets indésirables. Les plus fréquents sont une douleur à l'endroit de l'injection, de la fatigue, des maux de tête, des douleurs musculaires ou articulaires, quelques frissons et un peu de fièvre. Ces troubles disparaissent rapidement.

Je certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus et avoir pris connaissances des informations mentionnées sur ce document.

Signature de la personne à vacciner :

Le ____ / ____ / 202__

TRAITEMENT DES DONNEES :

Les données d'identité recueillies via ce questionnaire seront intégrées dans le traitement de données à caractère personnel « SI Vaccin Covid » mis en œuvre conjointement par le Ministère de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie et uniquement pour l'organisation, le suivi et le pilotage des campagnes vaccinales contre la Covid-19. Pour plus d'informations sur ce traitement, les coordonnées des responsables de traitement, les destinataires ou catégories de destinataires, les durées de conservation ainsi que la possibilité d'introduire un recours auprès de la CNIL, nous vous invitons à consulter les mentions RPGD complètes sur le site ameli.fr ou à flasher le QR Code. Ce questionnaire papier pourra être conservé pendant une durée maximale de trois mois après la date de votre rendez-vous.

Les éléments contenus dans ce document sont établis en fonction des connaissances disponibles au moment de sa date de validation, et sont susceptibles d'évoluer.