

VACCINATION CONTRE LA COVID-19 – 1^{ère} injection du vaccin :

NOM :	PRÉNOM :	DATE DE NAISSANCE :
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :		Professionnel de santé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	Oui	Non
Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des trois derniers mois ?		
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?		
Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ? Si, oui lequel ?		
Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ?		
Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant) ?		
Etes-vous enceinte ?		
Allaitiez-vous ?		
Je consens au traitement informatique de mes données à caractère personnel concernant la vaccination contre le coronavirus SARS-coV-2. <small>Attention : refuser ce traitement revient à ne pas consentir à l'acte vaccinal.</small>		
Je consens à la transmission de mes données à des fins de recherches à la Plateforme des données de santé (PDS) et à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). <small>Ce choix n'aura aucune incidence sur l'acte vaccinal.</small>		

Fait à Versailles, le :

Réservé au prescripteur
Date : /.... /....
Nom et Signature du prescripteur :

BILAN DE VACCINATION

Nom du vaccin	<input type="checkbox"/> Vaccine MODERN	<input type="checkbox"/> Comirnaty (Pfizer BioNTech)
Numéro de lot		
Heure de vaccination		
Zone injection		

Réservé à l'administrateur
Date : /..... /.....
Nom et Signature de l'administrateur :