


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

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

	Oui	Non
Êtes-vous <u>cas contact</u> avec une personne COVID avérée dans les 7 derniers jours (contact sans les mesures de distanciation sociale) et/ou avec-vous <u>actuellement des signes</u> pouvant évoquer la Covid (fièvre) ? <i>*Si oui : vous ne pouvez pas être vacciné aujourd'hui.</i>		
Avez-vous <u>déjà fait la maladie COVID</u> ? Si oui : merci de préciser la date de la PCR ou du test antigénique positif (en date de plus ou de moins de 3 mois ?) <i>*Les recommandations de la Haute Autorité en Santé (HAS) préconisent chez les patients immunocompétents d'attendre 6 mois après une infection Sars-CoV-2 avant de se faire vacciner. Dans ce cas, le schéma vaccinal sera constitué d'une seule dose.</i>		
Avez-vous <u>déjà bénéficié d'un vaccin contre la Covid-19</u> ? Si oui : Type de vaccin : et date		
Avez-vous des <u>antécédents d'allergie</u> ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ? Si oui : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Œdème de Quincke, préciser l'allergène <input type="checkbox"/> Choc anaphylactique, préciser l'allergène <input type="checkbox"/> Urticaire (éruption et démangeaisons immédiates), préciser l'allergène <input type="checkbox"/> Prescription d'un stylo auto injectable d'adrénaline pour : <i>*Les événements allergiques sont rares avec les vaccins contre la Covid-19. Cependant, pour un patient présent des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité, demander à consulter un médecin préalablement à la vaccination.</i>		
Êtes-vous traité par un <u>médicament anticoagulant</u> ? <i>*Si oui, un hématome peut apparaître.</i>		
Présentez-vous des troubles de l'hémostase ? (Taux de plaquette bas, maladie spécifique, ...) <i>* Si oui, demandez à voir un médecin préalablement à la vaccination.</i>		
Présentez-vous des <u>douleurs thoraciques</u> ? <i>* Si oui, demandez à voir un médecin préalablement à la vaccination.</i>		
Êtes-vous sujet aux <u>essoufflements</u> ? <i>* Si oui, demandez à voir un médecin préalablement à la vaccination.</i>		
Êtes-vous enceinte ? <i>*Si oui, demandez à voir un médecin préalablement à la vaccination.</i>		
Allaitiez-vous ? <i>*Si oui, demandez à voir un médecin préalablement à la vaccination.</i>		
Je consens au traitement informatique de mes données à caractère personnel concernant la vaccination contre le coronavirus SARS-coV-2. Attention : refuser ce traitement revient à ne pas consentir à l'acte vaccinal.		
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). Ce choix n'aura aucune incidence sur l'acte vaccinal.		

Pliez Ici

Fait à Versailles, le :

Réservé au prescripteur

Date : /.... /....

Nom et Signature du prescripteur :

BILAN DE VACCINATION

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

Réservé à l'injecteur

Date : /..... /.....

Nom et Signature de l'injecteur :