

**Questionnaire de pré-vaccination contre la COVID-19**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ ans Poids : \_\_\_\_\_ kg  
 Profession : \_\_\_\_\_

Avez-vous pris connaissance de la fiche d'information « vaccination COVID » oui  non

Avez-vous un/des facteurs de risque suivant de forme grave de COVID oui  non

Si oui lequel / lesquels (cocher) ?

- l'obésité (IMC > 30)
- la BPCO et l'insuffisance respiratoire,
- l'hypertension artérielle compliquée,
- l'insuffisance cardiaque
- le diabète (de type 1 et de type 2),
- l'insuffisance rénale chronique
- les cancers et maladies hématologiques malignes, actifs ou de moins de 3 ans,
- la transplantation d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques,
- la trisomie 21

**Traitements en cours** (préparez votre ordonnance SVP), prenez-vous :

Un traitement anticoagulant : Pradaxa (dabigatran), Xarelto (rivaroxaban), Eliquis (apixaban), Sintrom (acénocoumarol), Coumadine (warfarine), Préviscan (indanedione, fluindione)  **Compression forte 2 minutes**

Autre :

**Si vous êtes une femme :**

- êtes-vous enceinte ? oui  non   
 - Allaitiez-vous ? oui  non

**Avez-vous reçu un vaccin dans les 3 dernières semaines ?** oui  non

Avez-vous été en **contact avec un cas** d'infection COVID au cours des 14 derniers jours ? oui  non

**Avez-vous déjà eu la COVID** (diagnostic par PCR) au cours des 3 derniers mois ? oui  non

**Avez-vous des signes évocateurs de COVID** actuellement ? oui  non

**Avez-vous déjà eu une allergie ?** oui  non

Si oui, s'agissait-il :

- d'un œdème de Quincke (gonflement du visage, des lèvres ou de la gorge) oui  non   
 - d'un état de choc anaphylactique (baisse brutale de la tension) oui  non   
 - d'un urticaire (éruption et démangeaison survenus immédiatement) oui  non   
 - Avez-vous besoin d'avoir de l'adrénaline sur vous (Anapen, epipen) ? oui  non

**Êtes-vous allergique :**

- au PEG ou au polysorbate oui  non   
 - à un vaccin oui  non   
 - à un médicament oui  non   
 - à une autre substance oui  non

Pour la 2eme injection : Avez-vous eu une **réaction lors de la 1ere injection** oui  non

**Consentez-vous à la vaccination anti-COVID** oui  non

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

**PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

Médecin :

Vaccination ce jour

1ere dose

Deltoïde : Gauche

Surveillance prolongée :  30 minutes

Date :

Signature :

Vaccination à différer

2eme dose

Droit

1 heure

**PARTIE A REMPLIR PAR L'IDE**

Heure d'injection :

Paraphe :

Signature :