

Questionnaire de pré-vaccination contre la COVID-19

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

Quel type de vaccin avez-vous reçu en 1^{ère} injection : PFIZER MODERNA

Avez-vous eu l'attestation de vaccination remise lors de la 1^{ère} injection ? oui non

Avez-vous eu une réaction lors de la 1^{ère} injection oui non

Aujourd'hui avez-vous de la fièvre, symptômes respiratoires, sensation de malaise ? oui non

Avez-vous eu un contact récent avec une personne COVID+ ? oui non

Avez-vous eu un TEST COVID+ ou maladie COVID depuis la 1^{ère} vaccination ? oui non

Traitement anti coagulant : Pradaxa (dabigatran),
Xarelto (rivaroxaban),
Eliquis (apixaban), compression forte 2min
Sintrom (acénocoumarol),
Coumadine (warfarine),
Préviscan (indanedione, fluindione)

Consentez-vous à la vaccination anti-COVID oui non

Date Signature

PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Médecin :
Signature :

Vaccination ce jour Vaccination à différer
2^{ème} dose
Deltoïde : Gauche Droit
Surveillance prolongée : 30 minutes 1 heure

Date :

PARTIE A REMPLIR PAR L'IDE

Heure d'injection :
Paraphe :
Signature :