

Vaccination Covid 19 -2021

SEMAINE V1:

SEMAINE V2:

Nom :
Prénom :
Nom de naissance :
Date de naissance :
N° de sécurité sociale :

| Questionnaire préalable à la vaccination anti covid 19 | | Oui | Non |
|---|--|-----|-----|
| Toute réponse par oui nécessite un avis médical sauf question 1 | | | |
| 1 | Avez-vous été vacciné contre la grippe cette année (campagne octobre 2020)? | | |
| 2 | Avez-vous reçu un vaccin quel qu'il soit dans les 14 derniers jours ou devez-vous avoir un rappel quel qu'il soit dans les 14 prochains jours ? | | |
| 3 | Avez-vous actuellement de la fièvre ou êtes-vous malade? Dans ce cas reporter la vaccination | | |
| 4 | Présentez-vous des symptômes, mêmes minimes, compatibles avec la Covid 19 ? Dans ce cas un test virologique est souhaitable | | |
| 5 | Avez-vous été en contact à risque avec un cas confirmé de Covid dans les 7 derniers jours (sans mesure de protection)? Dans ce cas un test virologique est souhaitable | | |
| 6 | Etes-vous immunodéprimé ou sous traitement immunosuppresseur ? | | |
| 7 | Etes-vous sous traitement anticoagulant ou avez-vous un trouble de l'hémostase? Si oui, un hématome est possible malgré les précautions particulières. | | |
| 8 | <i>Pour les femmes</i> : êtes-vous enceinte et/ou allaitante, pensez-vous être enceinte ou prévoyez-vous de le devenir ? Dans ce cas la vaccination n'est pas recommandée | | |
| 8 | Avez-vous eu une réaction allergique grave de type anaphylactique ou fait l'objet d'une contre-indication à une vaccination ? | | |
| 9 | Avez-vous déjà présenté une forme symptomatique de la Covid 19 ? Vous pouvez être vacciné(e) si vous le souhaitez en respectant un intervalle de 3 mois | | |

Accord médical à la vaccination OUI NON Signature du praticien :

Effets indésirables possibles :

Réaction douloureuse au point d'injection, fatigue, maux de tête, fièvre modérée, fatigue, douleur musculaire, frissons, douleur articulaire, et fièvre.

Exceptionnellement : réaction allergique.

Les réactions fébriles dues aux vaccins peuvent être combattues en prenant du paracétamol (en l'absence de contre-indication).

En cas de réaction locale inflammatoire, un pansement alcoolisé peut soulager les effets (attention au risque inflammable).

| | |
|---|---|
| Vaccin utilisé : PFIZER-BioNTech (BNT162b2) Date de péremption : | |
| 1^{ère} inj : date : Heure : Lot : | Deltoïde G <input type="checkbox"/> Deltoïde D <input type="checkbox"/> |
| 2^{ème} inj : date : Heure : Lot : | Deltoïde G <input type="checkbox"/> Deltoïde D <input type="checkbox"/> |
| Vaccinateur : 1^{ère} inj : nom et signature : | Effets indésirables signalés et date : |
| 2^{ème} inj : nom et signature : | |