

QUESTIONNAIRE MEDICAL AVANT VACCINATION COVID 19

NOM :
 Prénom :
 Date de naissance : □□ □□ □□□□ Sexe : M F T° :
 N° Sécurité Sociale : □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□
 Profession :
 Etablissement d'exercice : CHG Sarreguemines CHS Sarreguemines

CONTRE-INDICATIONS EVENTUELLES :

	OUI	NON
Avez-vous reçu une vaccination grippe au cours des 3 dernières semaines?		
Avez-vous reçu une autre vaccination au cours des 2 dernières semaines?		
Avez-vous eu une infection Covid 19 symptomatique il y a moins de 3 mois?		
Etes-vous cas contact d'une personne Covid 19+ ? Si oui, avez-vous été testé ?		
Etes- vous asthmatique ? Etes- vous en crise actuellement ? Vous savez-vous allergique à un médicament ? Si oui, lequel ?		
Avez-vous déjà présenté une réaction allergique autre que locale (rougeur de la zone injectée.....) à un vaccin ? Si oui lequel ?		
Avez- vous déjà présenté une réaction allergique grave lors d'une infiltration articulaire ? Vous savez-vous allergique au polyethylene glycol ou macrogol ?		
Souffrez-vous actuellement d'une infection aiguë avec fièvre ?		
Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être ?		
Envisagez-vous une grossesse dans les 3 prochains mois ?		

NB :
 Les personnes immunodéprimées (personnes vivant avec le VIH, traitées par corticoïdes, par chimiothérapie etc...) peuvent être vaccinées car elles sont à risque d'infection Covid 19 sévère. Mais risque d'efficacité diminuée du vaccin.
 Un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire n'est pas une contre-indication à la vaccination mais il faut être vigilant sur le risque de saignement au point d'injection.
 Ne pas administrer d'autre vaccin entre les 2 injections du vaccin Covid 19.
 Ne pas administrer d'autre vaccin dans les 15 jours qui suivent la 2ème injection.
 Concernant les femmes en âge de procréer, il faut éviter une grossesse dans les 3 mois qui suivent la 2ème injection.

DEMANDE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Cette vaccination peut engendrer des réactions locales (douleurs, rougeurs...) ou des réactions générales (fièvre, fatigue, céphalées, douleurs musculaires et articulaires).

Ces réactions sont les plus souvent bénignes et disparaissent spontanément.

En cas de terrain à risque, quelques cas rares d'allergie type anaphylaxie ont été décrits.

2 cas de paralysie faciale déclarés.

Je déclare et donne mon accord pour la pratique du vaccin.

Je reconnais avoir eu connaissance des bénéfices et risques liés à la vaccination : OUI NON

Je souhaite être vacciné : OUI NON

Date et signature :

DATE DE LA VACCINATION :

MEDECIN : Observation(s)	Identification médecin
FEU VERT VACCINATION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Indication du côté à vacciner : <input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	

IDE : Surveillance & Observation(s)	Heure	Id. IDE
Bras injecté : <input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche Prise de tension : avant le vaccin : 15 min après le vaccin :		
Espace étiquette Nom du vaccin : <input type="checkbox"/> PFIZER-BioNTech <input type="checkbox"/> MODERNA N° lot :		
Effets indésirables observés <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI :		

SECRETAIRE	Identification secrétaire
Heure de départ du Centre de vaccination :	
<input type="checkbox"/> Remise des consignes de surveillance	