

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Numéro de sécurité sociale :

Tél. : E-mail :

CRITERES D'ELIGIBILITE*

J'ai Choisissez un élément.

Je suis professionnel de santé, aide à domicile... : OUI NON

Je présente des commorbidités : OUI NON

Si oui, lequel(s) : Choisissez un élément.

Choisissez un élément.

Choisissez un élément.

Autres :

** Seul les personnes de 50 à 74 ans présentant des commorbidités avec facteurs de risques de forme grave de COVID ou toutes personnes âgées de 75 ans et plus sont à ce jour éligible à la vaccination.*

La prise de Paracétamol est possible avant l'injection afin de limiter les effets indésirables suivi d'une prise toutes les 6h pendant 24h.

QUESTIONS

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des 3 derniers mois ? OUI NON

Avez-vous de la fièvre/signe d'infection ? *(Voir le jour de la vaccination)* OUI NON

Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines précédent la date de RDV vaccination COVID? OUI NON

Si oui lequel :

Avez-vous reçu une dose de vaccin COVID ces 12 dernières semaines ? OUI NON

Avez-vous des antécédent d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ? OUI NON

Etes-vous traité par un médicament anticoagulant ? OUI NON

Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des Plaquettes, maladie spécifique...) ? OUI NON

Etes-vous enceinte ? OUI NON

Allaitez-vous ? OUI NON

LE JOUR DE LA VACCINATION

Signature Patient :

Date vaccination :/...../..... Heure :H.....

Vaccin utilisé :

Numéro de lot :

Date d'expiration :

Signature Pharmacien :