

QUESTIONNAIRE MEDICAL AVANT VACCINATION

NOM : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Poids : _____ Température : _____
 Numéro de téléphone : _____ Numéro de sécurité sociale : _____

CONTRE-INDICATIONS ÉVENTUELLES	OUI	NON
Avez-vous reçu le vaccin de la grippe dans les 3 dernières semaines ?		
Avez-vous reçu un autre vaccin dans les 2 dernières semaines ?		
Avez-vous eu une infection Covid 19 symptomatique confirmé par un prélèvement positif ?		
Êtes-vous cas contact d'une personne Covid 19 + ? Si oui avez-vous été testé ?		
Avez-vous déjà eu une réaction allergique (urticaire généralisée, œdème de Quincke, choc anaphylactique, asthme) ou un autre type de réaction suite à une vaccination, à un médicament, à un aliment ou à une autre substance ? Si oui précisez le type d'allergène.		
Souffrez-vous actuellement d'une infection aiguë avec fièvre ?		
Êtes-vous enceinte ou pensez-vous l'être ?		
Envisagez-vous une grossesse dans les 3 mois ?		
Avez-vous des troubles de la coagulation, en particulier une baisse des plaquettes ou un traitement anticoagulant, par aspirine ou par un autre antiplaquettaire (médicaments qui fluidifient le sang) ?		

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.

DEMANDE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Cette vaccination peut engendrer des réactions locales (douleurs, rougeurs...) ou des réactions générales (fièvre, fatigue, maux de tête, douleurs musculaires ou articulaires).

Ces réactions sont le plus souvent bénignes et disparaissent spontanément.

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

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

Je souhaite être vacciné : OUI NON

Date et signature