

## VACCINATION COVID 19

### QUESTIONNAIRE MEDICAL AVANT LA DEUXIEME INJECTION

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

CONTRE-INDICATIONS EVENTUELLES	OUI	NON
Avez-vous présenté des effets indésirables depuis la première injection du vaccin?		
Avez-vous eu des signes de Covid-19 depuis la première injection ?		
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.		
Avez-vous des troubles de la coagulation, en particulier une baisse des plaquettes ou un traitement par anticoagulant, par aspirine ou par un autre antiplaquettaire (médicaments qui fluidifient le sang) ?		

#### Rappels

Ne pas administrer d'autre vaccin dans les 15 jours qui suivent la 2ème injection.  
Pour les femmes en âge de procréer, il faut éviter une grossesse dans les 3 mois qui suivent l'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 souhaite recevoir la deuxième dose du vaccin : OUI  NON

Date et signature