



# CENTRE TERRITORIAL DE VACCINATION DREUX-VERNOUILLET



Ville de Dreux

## QUESTIONNAIRE SUIVI VACCINAL ANTI Covid-19

À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : 28 \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

### QUESTIONNAIRE PRÉALABLE À LA VACCINATION

	Oui	Non	Commentaires <i>réserve au médecin</i>
Avez-vous reçu une vaccination contre la grippe au cours des 3 dernières semaines ?			
Avez-vous reçu une autre vaccination au cours des 2 dernières semaines ?			
Avez-vous eu une infection à Covid-19 il y a moins de 3 mois ?			
Êtes-vous actuellement cas contact d'une personne diagnostiquée Covid-19 ?			
Souffrez-vous actuellement d'une infection aigüe avec fièvre ?			
Avez-vous déjà présenté une réaction allergique grave ?			
Êtes-vous allergique à un médicament ou à un vaccin ?			
Prenez-vous un traitement anti-coagulant ou un médicament fluidifiant le sang, ou souffrez-vous d'un trouble de la coagulation ?			
Êtes-vous enceinte ou pensez-vous l'être ?			
Y a-t-il des précisions qu'il vous paraît important de communiquer au médecin ?			

Si oui, précisez :

Je confirme que je souhaite être vacciné(e) contre la Covid-19  Signature : \_\_\_\_\_

MÉDECIN

DATE :	TEMPÉRATURE À L'ARRIVÉE :		
AVIS MÉDICAL	Oui	Non	Commentaires <i>réserve au médecin</i>
Vaccination autorisée			
Précautions lors de l'injection intra-musculaire			
Risque de malaise lors de l'injection			
Confirmation du consentement à la vaccination			
Identité du médecin - Docteur : _____	Signature : _____		

### INFIRMIER(E) OU PROFESSIONNEL VACCINATEUR

Vaccin (dénomination) : \_\_\_\_\_ N° lot : \_\_\_\_\_  
 Site d'injection : Deltoïde Droit  Gauche  Autre site  (préciser) : \_\_\_\_\_ Heure d'injection : \_\_\_\_\_  
 Identité de l'infirmier ou du professionnel vaccinateur : \_\_\_\_\_

### SECRÉTARIAT

	Oui	Non		Oui	Non
Saisie informatique			Rendez-vous à J+21 donné		
Certificat de vaccination remis au patient			Fiche de déclaration des effets indésirables remise		