QUESTIONNAIRE MEDICAL AVANT VACCINATION COVID 19

A REMETTRE A VOTRE MEDECIN

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Sexe : M ☐ F ☐

Nom du vaccin : Astrazeneca/Vaxzevria Covid19 N° de lot :

Fait le : Par :

Contres-indications éventuelles :

Avez-vous reçu une vaccination grippe au cours des 3 dernières semaines ?		Oui		Non
Avez-vous reçu une autre vaccination au cours des 2 dernières semaines?		Oui		Non
Avez-vous eu une infection Covid 19 symptomatique il y a moins de 3 mois?		Oui		Non
Etes-vous cas contact d'une personne Covid 19+ ?		Oui		Non
Si oui, avez-vous été testé-e ?		Oui		Non
Etes- vous asthmatique ?		Oui		Non
Etes- vous en crise actuellement ?		Oui		Non
Vous savez-vous allergique à un médicament ?		Oui		Non

Si oui, lequel ? .....

Avez-vous déjà présenté une réaction allergique autre que locale (rougeur de la zone injectée.....) à un vaccin ? .....

		Oui		Non

Si oui lequel ? .....

Avez- vous déjà présenté une réaction allergique grave lors d'une infiltration articulaire ?

		Oui		Non
Vous savez-vous allergique au polyéthylène glycol ou macrogol ?		Oui		Non
Souffrez-vous actuellement d'une infection aiguë avec fièvre ?		Oui		Non
Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?		Oui		Non
Envisagez-vous une grossesse dans les 3 prochains mois ?		Oui		Non
Allaitez-vous ?		Oui		Non
Prenez-vous des anticoagulants ou avez-vous des troubles de la coagulation ?		Oui		Non

NB : 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 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.

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 :