



QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Poids :

Numéro de sécurité sociale :

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des 6 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été cas contact dans les 15 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines? Si oui lequel :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous enceinte ? Si oui quel mois :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Êtes-vous Professionnel de santé,
du secteur médico-social, vétérinaire ou sapeur-pompier ?**

Oui Non

SI NON, avez-vous l'une des pathologies ci-dessous :

Maladie rénale chronique sévère (dont dialyse)

Oui Non

Cancers et maladie hématologique maligne en cours de traitement
par chimiothérapie

Oui Non

Transplantation d'organe solide

Oui Non

Transplantation par allogreffe de cellules souches hématopoïétiques

Oui Non

Poly-pathologies chroniques et présentant au moins deux
insuffisances d'organes

Oui Non

Maladie rare et particulièrement à risque en cas d'infection (liste
spécifique établie par le COS et les filières de santé maladies rares)

Oui Non

Trisomie 21

Oui Non

SI NON, avez-vous l'un des facteurs de risque de forme grave ci-dessous :

Pathologie ou antécédent cardiaque ou vasculaire

Oui Non

Diabète

Oui Non

Pathologie respiratoire chronique

Oui Non

Insuffisance rénale chronique

Oui Non

Indice de Masse Corporelle > 30

Oui Non

Cancer ou hémopathie maligne

Oui Non

Maladie hépatique chronique, cirrhose

Oui Non

Immunodépression

Oui Non

Syndrome drépanocytaire majeur, antécédent de splénectomie

Oui Non

Pathologie neurologique

Oui Non

Trouble psychiatrique

Oui Non

Démence

Oui Non

Êtes-vous en situation de handicap, hébergé en maison d'accueil spécialisé ou en foyer d'accueil médicalisé ?

Oui Non

Êtes-vous en foyer de travailleurs migrants de + de 60 ans ?

Oui Non

Réservé au médecin :

Patient éligible à

vaccin Vaxzevria

vaccin Pfizer / Moderna

aucun actuellement

Date :/...../.....

Signature et nom du médecin :

Consentement du patient :

Je, soussigné(e) atteste avoir reçu les informations concernant la vaccination contre le virus Covid-19, notamment sur les risques et bénéfices connus à ce jour concernant le vaccin indiqué ci-dessus.

J'ai compris l'ensemble de ces informations et j'autorise le soignant à me vacciner.

OUI

NON

Date :/...../.....

Signature :

Réservé à l'infirmière ou soignant :

Nom du vaccin injecté :

Heure d'injection du vaccin :

Signature et nom de l'infirmière ou soignant :