



QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19 – VACCINATION PEDIATRIQUE

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Votre enfant a-t-il eu un test (PCR ou antigénique) positif ? Si oui, à quelle date ? Oui Non

Votre enfant a-t-il eu de la fièvre aujourd'hui ? Oui Non

Votre enfant a-t-il des antécédents d'allergie à certaines substances ? Oui Non

Votre enfant a-t-il présenté un épisode de myocardite ou péricardite ? Oui Non

Votre enfant a-t-il reçu un traitement par anticorps monoclonaux contre la Covid-19 dans les deux derniers mois ? Oui Non

Votre enfant est-il sous traitement anticoagulant ? Votre enfant a-t-il une baisse des plaquettes ? Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà présenté un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) après une Covid-19 ? Oui Non

Si votre enfant a déjà reçu une dose de vaccin contre la Covid-19, a-t-il présenté un effet indésirable grave après la première injection ? Oui Non

VACCINATION ANTI-COVID

Les données d'identité recueillies via ce questionnaire seront intégrées dans le traitement de données à caractère personnel « SI Vaccin Covid » mis en œuvre conjointement par le Ministère de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie et uniquement pour l'organisation, le suivi et le pilotage des campagnes vaccinales contre la covid-19. Pour plus d'informations sur ce traitement, les coordonnées des responsables de traitement, les destinataires ou catégories de destinataires, les durées de conservation ainsi que la possibilité d'introduire un recours auprès de la CNIL, nous vous invitons à consulter les mentions RPGD complètes sur le site ameli.fr ou à flasher le QR Code. Ce questionnaire papier pourra être conservé pendant une durée maximale de trois mois après la date de votre rendez-vous.



**Réservé au prescripteur –
Réalisation d'une injection
Comirnaty® pédiatrique**

Date : ____/____/____

Signature du prescripteur :

Réservé au médecin :

Le patient est bien éligible au vaccin pour lequel il est présent (voir page 1) :

OUI NON

Si NON, quelle est l'alternative proposée :

Si le patient souhaite réaliser son injection de vaccin antigrippal ce même jour , est il éligible :

OUI NON

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 avec le vaccin : MODERNA PFIZER

OUI NON

Je souhaite également bénéficier de l' injection du vaccin antigrippal ce jour :

OUI NON

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

Signature :

En cas d'enfant mineur d'âge inférieur à 16 ans , vérifier l'autorisation parentale écrite (à conserver au centre)

Réservé à l'infirmière ou soignant :

Nom du vaccin injecté anti COVID :

LOT :.....

Bras D

Bras G

Nom du vaccin injecté antigrippal :

LOT:

Bras D

Bras G

Heure d'injection du ou des vaccins :.....

Signature et nom de l'infirmière ou soignant :

Horaire de départ post vaccination autorisée :.....

Après saisie du certificat merci de conserver cette attestation au centre vaccinal,