

PREMIÈRE INJECTION

 DEUXIÈME INJECTION

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Téléphone :

Questionnaire patient

1	Avez-vous reçu un vaccin au cours des 2 dernières semaines ?	NON	OUI	Si OUI, un délai de 15 jours doit impérativement être respecté. Un nouveau rendez-vous va vous être proposé.
2	Etes-vous actuellement cas contact d'une personne diagnostiquée Covid19 ?	NON	OUI	Si OUI, vous devez rester isolé et réaliser un test de dépistage. Un nouveau rendez-vous va vous être proposé.
3	Souffrez-vous actuellement d'une infection aigüe avec fièvre ?	NON	OUI	Si OUI, consultez votre médecin traitant. Un nouveau rendez-vous va vous être proposé.
4	Avez-vous eu un test positif à la COVID (PCR ou antigénique) ou été malade de la COVID ?	NON	OUI	Si OUI, précisez la date :
5	Avez-vous des antécédents d'allergie, de réaction ou d'hypersensibilité à certaines substances, médicaments ou vaccins (notamment suite à votre première injection de vaccin contre la COVID) ?	NON	OUI	Si OUI, précisez :
6	Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être ?	NON	OUI	Si OUI, un avis médical est nécessaire. Si vous avez un bon d'éligibilité ou un certificat médical autorisant la vaccination, présentez-le. A défaut un avis médical est nécessaire.
7	Allaitez-vous ?	NON	OUI	
8	Prenez-vous un traitement anti-coagulant ou un médicament fluidifiant le sang ou souffrez-vous d'un trouble de la coagulation ?	NON	OUI	Si OUI, des précautions liées à l'injection intramusculaire sont à prendre. Signalez-le au professionnel de santé qui réalisera l'injection. En cas de traitement par anti vitamine K, communiquez-lui le résultat de votre dernier contrôle d'INR.
9	Avez-vous déjà fait un malaise lors d'une injection ou d'une prise de sang ?	NON	OUI	Si OUI, signalez-le au professionnel de santé qui réalisera l'injection.

Je confirme souhaiter être vacciné contre la COVID 19 et accepter le traitement de mes données personnelles nécessaires à l'organisation et à la traçabilité de la campagne vaccinale.

 (pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>)

SIGNATURE (bon pour accord)

Contrôle questionnaire []

Partie réservée au centre de vaccination

Prise température	T° C :		Si T° > 38° C, adresser au médecin traitant.
Nécessité de différer la vaccination (questions 1/2/3)	NON	OUI	Si OUI : orienter le patient au secrétariat pour prise de rendez-vous.
Avis médical nécessaire (questions 4/5/6/7)	NON	OUI	Si OUI : avis médecin du centre ou adresser au médecin traitant (prendre en compte un éventuel bon d'éligibilité ou certificat médical).
Précaution à prendre lors de l'injection (questions 8/9)	NON	OUI	Si OUI : alerter le professionnel de santé vaccinateur
Nécessité d'une surveillance particulière (questions 5/9)	NON	OUI	Si OUI : surveillance 30 minutes

Professionnel de santé vaccinateur []

Site d'injection:	Deltoïde: <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	Vaccin Lot Date péremption
Date d'injection :	Autres:	
Heure injection :		
Heure fin surveillance :		

Secrétariat []

Saisie informatique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Fiche déclaration ANSM remise : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Certificat de vaccination remis au patient : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rendez vous rappel : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

IDENTIFICATION	Nom d'usage :		Prénom :		
	Nom de naissance :		Date de naissance :		
	N° de sécurité sociale :		Téléphone :		
MEDECIN			Identité du médecin		
	Date :		Signature		
	Heure :				
	MOTIF AVIS MÉDICAL (éligibilité vaccination ou malaise)				
	DÉCISION MÉDICALE				
DOSSIER DE SOINS (soins secouristes, infirmiers et médicaux)	PRISE EN CHARGE MALAISE				
	Avis SAMU : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Devenir patient : <input type="checkbox"/> EXTERNE <input type="checkbox"/> EVACUATION VERS L'HOPITAL		
	Heure fin prise en charge :		Déclaration ANSM : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Identité secouristes :					
Identité infirmiers :					