CENTRE DE VACCINATION DE SOMMIERES	Questionnaire médical pré vaccinal Covid-19 / injection 1

NOM de naissance **Prénom :**

NOM d'usage

Date de naissance : **Tél. :**

N° Sécurité sociale : / /. /. /. /. /

TEMPERATURE :

	Oui	Non
Avez-vous eu une réaction allergique grave à un médicament, vaccin ou à une autre substance? (œdème de Quincke, urticaire généralisé, détresse respiratoire)		
Avez-vous été en contact sans mesure de protection dans les 7 derniers jours avec une personne diagnostiquée COVID+ ?		
Avez-vous présenté dans les 7 derniers jours l'un des symptômes suivants ?		
Fièvre		
Perte de l'odorat ou du goût		
Douleurs articulaires		
Douleurs musculaires		
Toux		
Maux de tête		
Diarrhée		
Avez-vous eu un test Covid positif (PCR ou test antigénique) ?		
Si oui, à quel date ? ……		
Avez-vous eu une vaccination dans les 3 dernières semaines autre que contre la COVID19?		
Avez-vous un problème de trouble de l'hémostase ou de la coagulation, ou prenez-vous un traitement anticoagulant ou fluidifiant le sang ?		
Pour les femmes, êtes-vous ou pensez-vous être enceinte ?		

Vous pourrez poser vos questions, si vous le souhaitez, le jour de la vaccination.

A renseigner le jour du RDV :

Je, soussigné (e)…….accepte de me faire vacciner contre la COVID-19 ce jour.

- Je suis informé (e) que les informations seront transmises à l'assurance maladie
- Je reconnais avoir reçu toutes les informations essentielles à mon choix éclairé

Signature :……

Validation prescription médicale de la vaccination COVID première dose :	**HEURE VACCINATION**
Oui ☐ NON temporaire ☐ NON définitif ☐ ➢ Identité Prescripteur et Signature : ……. **Vaccination faite le:** ….. /…../…… Par :……. N° de lot …… Bras Gauche☐ Bras Droit☐	**FIN SURVEILLANCE POST-VACCINALE**