

CONSULTATION PRÉ VACCINALE

Formulaire de renseignements pour la vaccination Covid - 19

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

SEXE : Féminin Masculin

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

ADRESSE : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE : _____

ADRESSE MAIL : _____

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

PROFESSION : _____

MÉDECIN TRAITANT : _____

TRAITEMENT(S) EN COURS : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : _____

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX : _____

ALLERGIES : _____

AVEZ-VOUS DE LA FIÈVRE OU UN EPISODE INFECTIEUX EN COURS : _____

AVEZ-VOUS EU UNE INFECTION COVID19 IL Y A MOINS DE 3 MOIS ? OUI / NON

PCR + : OUI NON Date : / /

SEROLOGIE + : OUI NON Date : / /

AVEZ-VOUS RECU UN VACCIN CONTRE LA GRIPPE DANS LES 3 SEMAINES PRECEDENTES ? OUI Date : / /
 NON

AVEZ-VOUS RECU UN AUTRE VACCIN DANS LES 15 DERNIERS JOURS ? OUI Date : / /
 NON

AVEZ-VOUS DEJA EU DES EFFETS SECONDAIRES SUITE A UNE VACCINATION ? OUI Date : / /
 NON

ETES-VOUS EN POUSSEE D'UNE MALADIE AUTO IMMUNE ? OUI Laquelle : _____
 NON

Si vous répondez oui à un de ces items, votre vaccination doit être reportée.

Un professionnel de santé vous indiquera à partir de quand vous pourrez être vacciné(e)

**POUR LES FEMMES, ETES-VOUS ENCEINTE OU
PREVOYEZ-VOUS DE L'ETRE DANS LES 3 MOIS ?**

OUI

NON

**SUIVEZ-VOUS UN TRAITEMENT ANTICOAGULANT
EN CE MOMENT ?**

OUI

NON

Lequel : _____

**ETES-VOUS SATISFAIT DES REPONSES
OBTENUS CONCERNANT LA VACCINATION ?**

OUI

NON

Signature du patient (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN

ÉVALUATION DES CONTRE INDICATIONS À LA VACCINATION COVID19

BÉNÉFICES > RISQUES : VACCINATION AUTORISÉE

OUI

NON

PATIENT ACCOMPAGNÉ D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

OUI

NON

IDENTITÉ DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

ADRESSE : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE : _____

LIEN: _____

Je soussigné, Dr _____

certifie avoir délivré une information claire, loyale et compréhensible au moyen du formulaire de
consentement remis en main propre à

Monsieur, Madame (rayer la mention inutile) : _____

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature du médecin

PARTIE RÉSERVÉE À L'INFIRMIER(E)

INJECTION BRAS

DROIT

GAUCHE

N° de LOT : _____ **HORAIRE :** _____

Signature de l'infirmier(e)