

QUESTIONNAIRE avant VACCINATION contre le Covid-19 par Vaccin Covid-19 ASTRA ZENECA

Nom+7:457:59B357:297:73B357:297:44 Prénom Date de Naissance
N° Sécu Téléphone Service
Personnel GHEF Hors GHEF

	Oui	Non
Avez-vous déjà été malade du Covid ? Si oui, date :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un syndrome fébrile dans les huit jours précédent la date de votre rendez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une pathologie de type inflammatoire ou auto-immune ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, est-elle stable depuis au moins trois semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu une réaction allergique avec œdème et/ou urticaire et/ou choc anaphylactique, suite à un vaccin ou une prise médicamenteuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un traitement anti-coagulant ou un trouble de la coagulation ? Si oui, lequel ? :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madame, êtes-vous enceinte ? Ou allaitez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2ème vaccin : avez-vous eu des problèmes de tolérance suite au premier vaccin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, y a-t-il eu une déclaration de pharmacovigilance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai pris connaissance des documents téléchargeables lors de la prise de rendez-vous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toutes mes questions ont trouvé une réponse. Si non, téléphonez au SST de votre site.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je consens à me faire vacciner par le vaccin Covid-19 Astra Zeneca .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date Signature

A remplir par le Centre de Vaccination

				Site		
1ère injection	Médecin	RPPS	Consentement	<input type="checkbox"/>		
	IDE		Prescription	<input type="checkbox"/>		
			Surveillance	<input type="checkbox"/> 15 min	<input type="checkbox"/> 30 min	
	Si non prescription, motif :		Demande CS allergo	<input type="checkbox"/>		
	Vaccin Covid-19 Asgtra Zeneca Lot :					
		Jour	Heure	Site d'injection		
	Décongélation					
	Reconstitution					
	Injection					
	Signature médecin		Signature IDE			
Dossier enregistré : <input type="checkbox"/> Vaccin Covid <input type="checkbox"/> Dossier SST						