

QUESTIONNAIRE avant VACCINATION contre le Covid-19 par COMIRNATY de PFIZER BIO NTECH

Nom Personnel GHEF Prénom Hors GHEF Date de Naissance
N° Sécu Téléphone Service

	Oui	Non
Avez-vous déjà été malade du Covid ? Si oui, date :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu un vaccin dans les 3 dernières semaines ? Si oui, lequel :	<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 ? 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, quelle qu'en soit l'origine ?	<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 ? 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 Comirnaty de Pfizer Bio Ntech.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date _____ Signature _____

A remplir par le Service de Santé au Travail

Personne de moins de 50 ans, indication à la vaccination :

Site

1ère injection	Médecin	RPPS	Consentement	<input type="checkbox"/>	
	IDE		Prescription	<input type="checkbox"/>	
			Surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15 min <input type="checkbox"/> 30 min
	Si non prescription, motif :		Demande CS allergo	<input type="checkbox"/>	
	Vaccin Comirnaty de Pfizer Bio NTech Lot :				
		Jour	Heure	Site d'injection	
	Décongélation				
Reconstitution					
Injection					
Signature médecin		Signature IDE			
Date et heure prochain vaccin :		Dossier enregistré : <input type="checkbox"/> Vaccin Covid <input type="checkbox"/> Dossier SST			
2ème injection	Médecin	RPPS	Consentement	<input type="checkbox"/>	
	IDE		Prescription	<input type="checkbox"/>	
			Surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15 min <input type="checkbox"/> 30 min
	Si arrêt vaccination, motif :		Demande CS allergo	<input type="checkbox"/>	
	Vaccin Comirnaty de Pfizer Bio NTech 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			