

QUESTIONNAIRE POUR LA DELEGATION DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

VOLET RESERVE A LA PERSONNE VACCINEE

Je suis : (cocher la case)

- Agent du centre hospitalier
- Professionnel de santé de ville et autre professions prioritaires
- Personne de plus de 75 ans ou éligible à la vaccination
- Personne vulnérable et à très haut risque (sur justificatif - critères fixées par les autorités sanitaires)

Nom et Prénom	
Date de naissance	
Numéro de sécurité sociale	
Service/Lieu d'exercice	
Adresse (uniquement pour les personnes n'exerçant pas au Centre Hospitalier)
Téléphone (obligatoire)	
Adresse mail	
Nom et Prénom du Médecin Traitant	

En cas de tutelle :

Nom et Prénom du tuteur	
Téléphone du Tuteur	
Accord du Tuteur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

	OUI	NON
Vaccination anti-grippale < 3 semaines, autre vaccination < 2 semaines		
Antécédents de choc anaphylactique et/ou oedème de Quincke		
Grossesse ou allaitement		
Infections aiguës et sévères en cours avec état clinique altéré (une infection banale en cours de type angine, gastro-entérite, rhino-pharyngite, otite) diagnostiquée et traitée (par antibiotiques) ne représente pas une contre-indication en soi à la vaccination ; seul l'état clinique du patient, s'il est altéré, peut justifier un report de la vaccination)		
Traitement par AVK (Préviscan, Sintrom, Coumadine) : vaccin contre-indiqué si dernier taux d'INR >3 (si l'INR est dans la zone thérapeutique, l'IM est possible) ou troubles de l'hémostase . Pas de voie SC possible		
Infection au SARS COV2, si oui à quelle date ?		

Immunosuppression : n'est pas une contre-indication en soi (voire est même une indication mais dans ce cas il est souhaitable que la prescription médicale soit personnalisée)

Je certifie que :

- J'ai reçu les informations propres à un consentement éclairé
- Je suis d'accord pour recevoir le vaccin contre le COVID-19

En cas d'effets indésirables, votre interlocuteur sera le service de santé au travail pour les personnels de l'hôpital, votre médecin référent pour les professionnels de santé du territoire ou votre médecin traitant.

Signature de la personne vaccinée ou de son représentant légal

VOLET RESERVE AU MEDECIN

Je, soussigné/e, Dr _____, certifie que _____

Ne présente pas ce jour de contre-indication à la vaccination anti-COVID-19

Date : _____

Signature

1ere dose du vaccin administrée le : _____, par _____

Vaccin :

- Pfizer
- AstraZeneca
- Moderna

Site de vaccination :

- Bras droit
- Bras gauche
- Autre : _____

LOT n° _____

Signature

Je, soussigné/e, Dr _____, certifie que _____

Ne présente pas ce jour de contre-indication à la vaccination anti-COVID-19

Date : _____

Signature

2e dose du vaccin administrée le : _____, par _____

Vaccin :

- Pfizer
- AstraZeneca
- Moderna

Site de vaccination :

- Bras droit
- Bras gauche
- Autre : _____

LOT n° _____

Signature