

## 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)**