

N° de sécurité sociale :

NOM : Prénom : Date de naissance : / /

Téléphone : Profession :

Première injection		OUI	NON
1	Avez-vous eu la Covid ?		
2	Avez-vous été en contact à risque avec un cas confirmé de Covid-19 ces 7 derniers jours ?		
3	Avez-vous reçu un vaccin ces 14 derniers jours/devez-vous avoir un rappel vaccinal dans les 14 prochains jours ?		
4	Avez-vous des antécédents d'allergie grave/sevère ou d'hypersensibilité grave/sevère à certaines substances ou à des vaccins et/ou une contre-indication à un vaccin ? Souffrez-vous de mastocytose ?		
5	Présentez-vous des troubles de la coagulation ou êtes-vous sous traitement anticoagulant ?		
6	Etes-vous sous traitement immunosuppresseur ? Avez-vous été transplanté, greffé ou présentez vous une insuffisance rénale sévère (dialyse) ... ? Souffrez-vous d'une maladie auto-immune ?		
7	Avez vous reçu un traitement par anticorps monoclonaux contre la covid dans les deux derniers mois ?		
8	Avez vous récemment présenté un épisode de myocardite ou de péricardite ?		
9	Pour enfants d'au moins 12 ans , avez vous présenté un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) après une covid 19 ?		

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et je donne mon consentement pour me faire vacciner contre la Covid-19 avec un vaccin à ARN messager (Pfizer Comirnaty® /Moderna Spikevax®)

Date : / / 202__

Signature :

<input type="checkbox"/> Seconde injection	<input type="checkbox"/> Troisième injection	<input type="checkbox"/> Rappel	OUI	NON
1	Depuis la précédente injection, avez-vous eu la Covid-19 ?			
2	Avez-vous été en contact à risque avec un cas confirmé de Covid-19 ces 7 derniers jours ?			
3	Avez-vous des antécédents d'allergie grave/sevère ou d'hypersensibilité grave/sevère à certaines substances ou à des vaccins et/ou une contre-indication à un vaccin ?			
4	Suite à la précédente vaccination Covid-19, avez-vous souffert d'effet(s) indésirables(s) grave(s)/sevère(s) ayant pu conduire à une prise en charge médicale ou à une hospitalisation ?			
5	Avez-vous un nouveau traitement, instauré depuis la précédente vaccination ?			
6	Êtes-vous sous traitement anticoagulant ?			
7	Avez vous récemment présenté un épisode de myocardite ou de péricardite ?			
8	Êtes-vous sous traitement immunosuppresseur ? Avez-vous été transplanté, greffé ou présentez-vous une insuffisance rénale sévère (dialyse) ... ? Souffrez-vous d'une maladie auto-immune ?			
9	Avec quel(s) vaccin(s) Covid avez vous été vacciné.e lors des précédentes injections ? <input type="checkbox"/> Pfizer-Comirnaty® <input type="checkbox"/> Moderna-Spikevax® <input type="checkbox"/> Astra Zeneca—Vaxzevria® <input type="checkbox"/> Janssen® <input type="checkbox"/> Autre :			

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et je donne mon consentement pour me faire vacciner contre la Covid-19 avec un vaccin à ARN messager (Pfizer Comirnaty® /Moderna Spikevax®)

Date : / / 202__

Signature :

Cadre réservé au service médical du centre	-	Nom du médecin/IDE:
<input type="checkbox"/> 1ère Injection :	<input type="checkbox"/> A vacciner ce jour	
<input type="checkbox"/> 2ème injection :	<input type="checkbox"/> Vaccin à reporter	
<input type="checkbox"/> 3ème injection :	<input type="checkbox"/> Trt Anticoagulant	
<input type="checkbox"/> Rappel		
		Date : / / 202__

Dans les jours et semaines qui suivent votre vaccination, vous pourrez, si nécessaire, signaler un effet indésirable. Cela ne prend qu'une dizaine de minutes sur le Portail de signalement des événements sanitaires indésirables : www.signalement.social-sante.gouv.fr. Vous pouvez aussi en parler à votre médecin.

Les données d'identité recueillies via ce questionnaire seront intégrées dans le traitement de données à caractère personnel « SI Vaccin Covid » mis en œuvre conjointement par le Ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie et uniquement pour l'organisation, le suivi et le pilotage des campagnes vaccinales contre la Covid-19. Pour plus d'informations sur ce traitement et l'exercice de vos droits, nous vous invitons à consulter les affichettes d'information à disposition dans votre centre. Le questionnaire papier sera conservé pendant une durée de trois mois après la date de votre rendez-vous.