

## Auto questionnaire préalable à la vaccination contre la Covid 19 – Vaccination pédiatrique 5/11 ans Vaccin Comirnaty® pédiatrique

N° de sécurité sociale : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : / /

Téléphone parent : .....

Première injection		OUI	NON
1	Votre enfant a-t-il eu un test (PCR ou antigénique positif ? Et si Oui, à quelle date : .....		
2	Votre enfant a-t-il eu de la fièvre aujourd'hui ?		
3	Votre enfant a-t-il été vacciné.e ces 14 derniers jours ?		
4	Votre enfant a-t-il présenté des antécédents d'allergie à certaines substances ?		
5	Votre enfant a-t-il présenté un épisode de myocardite ou de péricardite ?		
6	Votre enfant a-t-il reçu un traitement par anticorps monoclonaux contre la covid dans les deux derniers mois ?		
7	Votre enfant est-il sous traitement anticoagulant ? Votre enfant a-t-il une baisse des plaquettes ?		
8	Votre enfant a-t-il présenté un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) après une covid19 ?		

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et je donne mon consentement pour faire vacciner mon enfant contre la Covid-19 avec un vaccin à ARN messenger Comirnaty® pédiatrique.**

Date : / / 202\_\_

Signature :

Seconde injection		OUI	NON
1	Suite à la précédente injection contre la Covid 19, votre enfant a-t-il présenté un effet indésirable grave ?		
2	Votre enfant a-t-il eu un test (PCR ou antigénique positif ? Et si Oui, à quelle date : .....		
3	Votre enfant a-t-il eu de la fièvre aujourd'hui ?		
4	Votre enfant a-t-il présenté des antécédents d'allergie à certaines substances ?		
5	Un nouveau traitement a-t-il été instauré à votre enfant depuis la précédente vaccination ?		
6	Votre enfant est-il sous traitement anticoagulant ? Votre enfant a-t-il une baisse des plaquettes ?		
7	Votre enfant a-t-il présenté un épisode de myocardite ou de péricardite ?		
8	Votre enfant a-t-il présenté un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) après une covid19 ?		

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et je donne mon consentement pour faire vacciner mon enfant contre la Covid-19 avec un vaccin à ARN messenger Comirnaty® pédiatrique.**

Date : / / 202\_\_

Signature :

<b>Cadre réservé au service médical du centre - <u>Nom du médecin</u> .....</b>	
<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"/> Trt Anticoagulant
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](http://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.*