**CENTRE DE VACCINATION ANTI-COVID ANTOINETTE VERNES**

**Évaluation pré-vaccinale Covid-19**

**NOM :**

**Prénom :** **Né(e) le :** / / **Âge :**

**Numéro de SS :**

PRIMO RAPPEL 2e dose RAPPEL 3e dose

Numéro de lot ou étiquette : Pour les rappels, date dernière injection : / /

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Répondez par «  OUI » ou par « NON » à toutes les questions,***  ***en cochant les cases correspondantes dans ce tableau*** | | **OUI** | **NON** |
| 1 | Avez-vous déjà eu la Covid ?  Si oui, à quelle date (début des symptômes ou PCR positive) ? */ /* |  |  |
| 2 | Avez-vous des antécédents d’allergie grave (anaphylaxie/choc allergique/œdème de Quincke) notamment lors d’une vaccination ou après administration d’un médicament injectable ? |  |  |
| 3 | Vous savez-vous allergique au polyéthylène glycol et ou au polysorbate ? |  |  |
| 4 | Avez-vous actuellement de la fièvre (température > 38°) ? |  |  |
| 5 | Avez-vous reçu un vaccin il y a moins de 2 semaines ? Si oui, lequel ? : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 6 | Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier baisse des plaquettes) ou prenez-vous un traitement anticoagulant ?  Si oui, lequel ? |  |  |
| 7 | Avez-vous reçu un traitement par anticorps monoclonaux contre la Covid durant les 2 derniers mois ? |  |  |
| 8 | Avez-vous présenté après une dose de vaccin contre la Covid un effet indésirable grave (réaction allergique, myocardite, péricardite notamment (**uniquement pour les rappels**) ? |  |  |

**À remplir par le patient :**

* **Je reconnais avoir reçu les informations, compris les termes de ce questionnaire et y avoir répondu en toute sincérité.**
* **Je souhaite être vacciné(e).**

**Date et signature :**

**À remplir par le professionnel de santé : Moins de 30 ans, Pfizer exclusivement**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Qualification du PDS** | **Nom du Professionnel de Santé** | **Signature** | **Date** |
|  |  |  |  |

**Site d’injection : ** Bras droit **** Bras gauche

**Horaire injection** :

**Durée surveillance** : **15 min 30 min 45 min 60 min**