



## Campagne de vaccination COVID 19

### Questionnaire de pré-vaccination contre la COVID-19

Date à laquelle le questionnaire a été complété : :

NOM : :

Prénom : :

N° Sécurité Sociale : :

Date naissance : :

Téléphone : :

Employeur : :

Code adh. : :

#### Présentez-vous un ou plusieurs facteurs de risques et si oui lequel ou lesquels (à cocher) ?

- l'obésité (IMC > 30)
- la BPCO et l'insuffisance respiratoire,
- l'hypertension artérielle compliquée,
- l'insuffisance cardiaque
- le diabète (de type 1 et de type 2),
- l'insuffisance rénale chronique
- les cancers et maladies hématologiques malignes, actifs ou de moins de 3 ans,
- la transplantation d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques,
- la trisomie 21

#### Avez-vous déjà eu une allergie ?

- |                          |                              |                              |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| au PEG ou au Polysorbate | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| au Trométamol            | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| à un vaccin              | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| à une autre substance    | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| à un médicament          | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

(préciser lequel)

Si **oui**, s'agissait-il :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - d'un œdème de Quincke (gonflement du visage, des lèvres ou de la gorge) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - d'un état de choc anaphylactique (baisse brutale de la tension)         | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - d'un urticaire (éruption et démangeaison survenus immédiatement)        | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous besoin d'avoir de l'adrénaline sur vous (Anapen, Epipen) ?      | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

**Grossesse** : Si vous êtes une femme : êtes-vous enceinte ?

oui  non

allaitez-vous ?

oui  non

**Traitements en cours** (préparez votre ordonnance SVP) prenez-vous :

- un traitement anti-coagulant       autre : précisez :

Avez-vous reçu un vaccin dans les 2 dernières semaines ?      oui  non

Avez-vous été en **contact avec un cas d'infection COVID** au cours des 14 derniers jours ?      oui  non

**Avez-vous déjà eu la COVID** (diagnostic par PCR) au cours des 3 derniers mois ?      oui  non

**Avez-vous des signes évocateurs de COVID** actuellement ?      oui  non

**Pour la 2ème injection** : Avez-vous eu une **réaction lors de la 1ère injection**      oui  non

**VACCINATION** :

Vaccination ce jour  - **Date de l'injection** :

Vaccination à différer

Vaccination contre-indiquée

Nom et signature du **prescripteur** :

Nom et signature du **vacciné** :