



## QUESTIONNAIRE DE PRÉ-VACCINATION CONTRE LA COVID 19 CLICHY LA GARENNE

### Identité

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance ..... Age : .....

N° Sécurité Sociale .....

Mail .....

Téléphone .....

### Etat de santé général

- **Avez-vous un/des facteurs de risque de forme grave de covid ?**  OUI  NON
- **Si oui, lequel/lesquels ?**
- |                                                                 |                                                                |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> l'obésité (IMC > 30)                   | <input type="checkbox"/> les cancers et les maladies           |
| <input type="checkbox"/> la BPCO et l'insuffisance respiratoire | hématologiques malignes, actifs ou de                          |
| <input type="checkbox"/> l'hypertension artérielle compliquée   | moins de 3 ans                                                 |
| <input type="checkbox"/> l'insuffisance cardiaque               | <input type="checkbox"/> la transplantation d'organe solide ou |
| <input type="checkbox"/> le diabète (type 1 ou type 2)          | de cellules souches hématopoïétiques                           |
| <input type="checkbox"/> l'insuffisance rénale chronique        | <input type="checkbox"/> la trisomie 21                        |
- **Avez-vous déjà eu une allergie ?**
- |                          |                              |                              |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Au PEG ou au polysorbate | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| A un vaccin              | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| A un médicament          | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| A une autre substance    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
- **Si oui, s'agissait-il :**
- |                                                                         |                              |                              |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| D'un œdème de Quincke (gonflement du visage, des lèvres ou de la gorge) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| D'un état de choc anaphylactique (baisse brutale de la tension)         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| D'un urticaire (éruption et démangeaison survenus immédiatement)        | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
- **Avez-vous besoin d'avoir de l'adrénaline sur vous (ANAPEN, EPIPEN) ?**  OUI  NON
- **Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ou allaitante ?**  OUI  NON

### Traitement en cours

- **Prenez-vous :**
- |                                 |                              |                              |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Un traitement anti-coagulant    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Un traitement immunosuppresseur | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Autre, précisez : .....         |                              |                              |

**Antécédents médicaux liés au vaccin ou à la COVID 19 :**

- Avez-vous reçu un vaccin dans les trois 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)  OUI  NON
- A quelle date : .....
- Avez-vous des signes évocateurs de COVID actuellement ?  OUI  NON
- Pour la 2<sup>ème</sup> injection : avez-vous eu une réaction lors de la 1<sup>ère</sup> injection ?  OUI  NON

**Partie réservée à l'équipe vaccination :**

<i>Consultation pré-vaccinale effectuée par Dr.....</i>	<i>Consultation pré-vaccinale effectuée par Dr.....</i>
<p style="text-align: center;"><b>Observations médicales</b></p> <p><input type="checkbox"/> Validation / prescription initiale ce jour</p>	<p style="text-align: center;"><b>Observations médicales</b></p> <p><b>Si l'injection du rappel doit être différée = JUSTIFICATION :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Validation / prescription rappel ce jour</p>
<p><b><u>DOSE INITIALE</u></b> de <input type="checkbox"/> Cominarty <input type="checkbox"/> Moderna</p> <p style="text-align: center;"><i>Injectée le .....</i></p> <p>au bras <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit</p> <p style="text-align: center;"><i>par .....</i></p>	<p><b><u>DOSE RAPPEL</u></b> de <input type="checkbox"/> Cominarty <input type="checkbox"/> Moderna</p> <p style="text-align: center;"><i>Injectée le .....</i></p> <p>au bras <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit</p> <p style="text-align: center;"><i>par .....</i></p>