Questionnaire de pré-vaccination contre la COVID-19 : 1ère dose

NOM : ..... **Prénom :** ..... **Téléphone :** ...../...../...../...../.....

Numéro de sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de naissance : ...../...../..... **Age :** ..... **ans**

PEG → Polyéthylène glycol

Avez-vous déjà eu des allergies ?

au PEG ou au polysorbate	oui ☐	non ☐
à un vaccin	oui ☐	non ☐
à un médicament	oui ☐	non ☐
à une autre substance	oui ☐	non ☐

Si oui, s'agit-il :

- d'un œdème de Quincke (gonflement du visage, des lèvres ou de la gorge) :	oui ☐	non ☐
- d'un état de choc anaphylactique (baisse brutale de la tension) :	oui ☐	non ☐
- d'une urticaire (éruption et démangeaison survenus immédiatement) :	oui ☐	non ☐
Avez-vous besoin d'avoir de l'adrénaline sur vous (Anapen, epipen) ?	oui ☐	non ☐

Traitement en cours (préparez votre ordonnance SVP), prenez-vous ? :

Un traitement anti-coagulant ? oui ☐ non ☐

Un ou plusieurs autres traitements :.....

Avez-vous reçu un vaccin dans les 14 derniers jours ?	oui ☐	non ☐
Avez-vous été considéré comme **cas contact** Covid-19 durant ces 14 derniers jours ?	oui ☐	non ☐
Avez-vous un antécédent de Covid-19 confirmé ? Si oui : date.....	oui ☐	non ☐
Avez-vous actuellement **des signes évocateurs de COVID** ?	oui ☐	non ☐

Je soussigné(e), affirme exact l'ensemble des informations ci-dessus et consent à me faire vacciner contre la Covid-19

Date ...../...../..... Signature : .....

Vaccination ce jour : oui ☐ non ☐ si non, raison :.....

Date

Nom, Prénom et signature du Prescripteur