

## CONSULTATION PRÉ VACCINALE

### Formulaire de renseignements pour la vaccination Covid - 19

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

SEXE :  Féminin  Masculin

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE : \_\_\_\_\_

ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_

MÉDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

TRAITEMENT(S) EN COURS : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALLERGIES : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS DE LA FIÈVRE OU UN EPISODE INFECTIEUX EN COURS : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS EU UNE INFECTION COVID19 IL Y A MOINS DE 3 MOIS ? OUI / NON

PCR + :  OUI  NON Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SEROLOGIE + :  OUI  NON Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

AVEZ-VOUS RECU UN VACCIN CONTRE LA GRIPPE  
DANS LES 3 SEMAINES PRECEDENTES ?  OUI  NON Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

AVEZ-VOUS RECU UN AUTRE VACCIN DANS LES 15  
DERNIERS JOURS ?  OUI  NON Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

AVEZ-VOUS DEJA EU DES EFFETS SECONDAIRES  
SUITE A UNE VACCINATION ?  OUI  NON Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ETES-VOUS EN POUSSEE D'UNE MALADIE AUTO  
IMMUNE ?  OUI  NON Laquelle : \_\_\_\_\_

Si vous répondez oui à un de ces items, votre vaccination doit être reportée.

Un professionnel de santé vous indiquera à partir de quand vous pourrez être vacciné(e)

**POUR LES FEMMES, ETES-VOUS ENCEINTE OU PREVOYEZ-VOUS DE L'ETRE DANS LES 3 MOIS ?**

OUI

NON

**SUIVEZ-VOUS UN TRAITEMENT ANTICOAGULANT EN CE MOMENT ?**

OUI

NON

Lequel : \_\_\_\_\_

**ETES-VOUS SATISFAIT DES REPONSES OBTENUS CONCERNANT LA VACCINATION ?**

OUI

NON

**Signature du patient** (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

---

**PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN**

**ÉVALUATION DES CONTRE INDICATIONS À LA VACCINATION COVID19**

**BÉNÉFICES > RISQUES : VACCINATION AUTORISÉE**

OUI

NON

**PATIENT ACCOMPAGNÉ D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?**

OUI

NON

**IDENTITÉ DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_

**NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE :** \_\_\_\_\_

**LIEN:** \_\_\_\_\_

Je soussigné, Dr \_\_\_\_\_

certifie avoir délivré une information claire, loyale et compréhensible au moyen du formulaire de consentement remis en main propre à

Monsieur, Madame (rayer la mention inutile) : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature du médecin**

---

**PARTIE RÉSERVÉE À L'INFIRMIER(E)**

**INJECTION BRAS**

DROIT

GAUCHE

**N° de LOT :** \_\_\_\_\_ **HORAIRE :** \_\_\_\_\_

**Signature de l'infirmier(e)**