CONSULTATION PRÉ VACCINALE

Formulaire de renseignements pour la vaccination Covid - 19

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

SEXE : ☐ Féminin ☐ Masculin

DATE DE NAISSANCE : _____/_____/_____

ADRESSE : _____

_____

NUMÉRO DE TÉLÊPHONE PORTABLE : _____

ADRESSE MAIL : _____

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

PROFESSION : _____

MÉDECIN TRAITANT : _____

TRAITEMENT(S) EN COURS : _____

_____

_____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : _____

_____

_____

ANTÉCEDENTS 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 TÉLÊPHONE 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)