

Centre de vaccination Intercommunal Montesquieu-Salle des fêtes de La Brède

Partie à remplir par le consultant pour la vaccination COVID 19

Heure d'arrivée :H.....

NOM de Famille : Prénom :

NOM de jeune Fille :

Date de Naissance :/...../..... Age :

N° Sécurité Social : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ /

Souhaitez-vous réaliser une sérologie pré-vaccinale pour déterminer si votre statut nécessite une 2nd dose ou pas ? OUI NON

Avez-vous des Allergies ? OUI NON

Lesquelles ?

Avez-vous eu une réaction allergique lors d'une précédente vaccination ? OUI NON

Avez-vous besoin de l'Adrénaline sur vous ? OUI NON

Avez-vous reçu un vaccin depuis ces 15 derniers jours ? OUI NON

Prenez-vous un traitement ? OUI NON

Si oui lequel ? OUI NON

Prenez-vous des anticoagulants ou avez-vous un trouble de la coagulation ? OUI NON

Avez-vous eu un test positif COVID (PCR ou antigénique) ? OUI NON

Avez-vous eu un contact à risque avec une personne COVID durant les 7 jours ? OUI NON

Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ? OUI NON

Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ? OUI NON

Avez-vous eu des effets indésirables lors de la 1ère vaccination anti-Covid? OUI NON

Lesquels ?

Cette vaccination peut engendrer des réactions locales (douleurs, rougeurs ou générales, fièvre, fatigue, maux de tête, douleur musculaires et articulaires).
En cas d'apparition de signes inhabituels, dans les jours ou semaines suivant la vaccination, vous devez en parler à votre médecin traitant.

J'atteste avoir été informé et donne mon consentement à la vaccination

Date : ____ / ____ / 2021

Signature

Médecin : Dr

Personne éligible au vaccin COVID OUI NON

Vaccination à différer Contre indication (bien expliquer au patient les raisons du refus)

Compression du point d'injection Surveillance 30 min

Autres préconisations :

Vaccinateur (trice) : Infirmier (re) Autre :

Vaccin Pfizer COMIRNATY Lot n° Heure de la vaccination : _____ h _____

Site d'injection : deltoïde droit gauche

Remarques :