Nom d'usage :	Prénom :
Nom de naissance :	Date de naissance :
N° de sécurité sociale :	Téléphone :
Profession :	Etablissement :

Questionnaire préalable à la vaccination anti covid 19	OUI	NON	Commentaires *réservé au médecin*
Avez-vous reçu une vaccination contre la grippe au cours des 3 dernières semaines ?			
Avez-vous reçu une autre vaccination au cours des 2 dernières semaines ?			
Avez-vous eu une infection à COVID 19 il y a moins de 3 mois ?			
Etes-vous actuellement cas contact d'une personne diagnostiquée Covid 19 ?			
Souffrez-vous actuellement d'une infection aiguë avec fièvre ?			
Avez-vous déjà présenté une réaction allergique grave ?			
Etes-vous allergique à un médicament ou à un vaccin ?			
Prenez-vous un traitement anticoagulant ou un médicament fluidifiant le sang, ou souffrez-vous d'un trouble de la coagulation ?			
Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être ?			
Y a-t-il des précisions qu'il vous parait important de communiquer au médecin ? Si oui, précisez :			
signature : Je confirme souhaiter être vacciné contre la COVID 19			

Partie réservée au médecin			
Avis médical	Oui	Non	Commentaires
Vaccination autorisée			
Précautions lors de l'injection intramusculaire			
Risque de malaise lors de l'injection			
Confirmation du consentement à la vaccination			
Prise de température	T° C:		
Identité du médecin : Docteur..... date : signature :			

Partie réservée à l'infirmier ou au professionnel vaccinateur :

Vaccin (dénomination) : COMIRNATY Pfizer Biontech N°lot :

Site d'injection : Deltoïde □ Droit □ Gauche □ Autre site : (préciser)

Heure d'injection :

Identité de l'infirmier ou du professionnel vaccinateur :

Partie réservée au secrétariat :

Saisie informatique □oui □non

Certificat de vaccination remis au patient □oui □non

Rendez-vous à J21 donné □oui □non

Fiche de déclaration des effets indésirables remise □oui □non