

## Questionnaire de consultation Pré-vaccinale COVID 19

**A REMPLIR PAR LA PERSONNE A VACCINER (ou son représentant légal)**

NOM et Prénom :	
Date de naissance :	
N° de Sécurité Sociale d'affiliation :	
Avez-vous présenté une réaction sévère à une vaccination antérieure ?	OUI NON
Avez-vous déjà présenté une allergie grave ?	OUI NON
Votre système immunitaire est t'il affaibli en raison d'une maladie ou d'un médicament tel qu'un corticoïde	OUI NON
Présentez-vous un syndrome infectieux significatif en ce moment ? (Température supérieur à 38°C)	OUI NON
Avez-vous été vacciné contre la grippe dans les 3 dernières semaines ?	OUI NON
Etes vous enceinte ou susceptible de l'être ?	OUI NON
Avez-vous eu un test COVID 19(PCR ou antigénique) positif précédemment? si OUI depuis au moins 3 mois ?	OUI NON OUI NON
Avez-vous été cas contact?	OUI NON
Souhaitez-vous qu'un TROD (Test rapide d'orientation diagnostic / test sérologique) soit réalisé?	OUI NON
Avez-vous un traitement anticoagulant ?	OUI NON
<i>Si OUI, le professionnel doit prolonger la pression sur le point d'injection</i>	
Signature (faisant office de consentement)	
<b>RESERVE AU VACCINATEUR</b>	
Nom du Professionnel vaccinateur (médecin) :	
Statut vaccinal : 1ère injection - 2ème injection	
Mode d'administration :	N° du lot du vaccin :
Zone d'injection : bras droit - bras gauche - autre	
Lieu de vaccination :	

Les données d'identité recueillies via ce questionnaire seront intégrées dans le traitement de données à caractère personnel "SI Vaccin Covid" (Ministère des Solidarités et de la Santé/CNAM) pour l'organisation, le suivi et le pilotage des campagnes vaccinales contre la Covid19. Ce questionnaire papier sera détruit après la date de votre rendez-vous.