**

*Vous êtes invité à prendre connaissance de la note d’information avant de remplir ce questionnaire*

|  |
| --- |
| questionnaire préalable à la vaccination contre la COVID-19 d’un adulte*(susceptible d’être modifié selon les notices du fabricant de vaccin)* |
| Nom : Prénom : Date de naissance :Adresse : |
| Répondez à toutes les questions en cochant les cases correspondantes dans ce tableau | Réponse |
| OUI | NON |
| 1 | Avez-vous reçu un vaccin contre la grippe saisonnière au cours des 3 dernières semaines ? |  |  |
| 2 | Avez-vous eu une réaction grave lors d’une vaccination ou fait l’objet d’une contre-indication à une vaccination ? |  |  |
| 3 | Etes-vous allergique ?Si oui, précisez : |  |  |
| 4 | Avez-vous actuellement de la fièvre ? |  |  |
| 5 | Etes-vous actuellement malade ou avez-vous récemment été malade ? |  |  |
| 6 | Avez-vous un problème de santé particulier ?Si oui, lequel ? |  |  |
| 7 | Avez-vous fait ou faites-vous l’objet d’un suivi médical particulier ? |  |  |
| 8 | Etes-vous atteint d’un trouble de la coagulation ou êtes-vous sous anticoagulant ? |  |  |
| 9 | Avez-vous pris un traitement pendant plus de 30 jours ces 6 derniers mois ? (en dehors d’une contraception) |  |  |
| 10 | Pour les femmes, êtes-vous enceinte ou pensez-vous être enceinte ? |  |  |
| 11 | Avez-vous eu la COVID-19 ?Si oui, à quelle date ? |  |  |
| 12 | Avez-vous été récemment en contact avec d’une personne positive à la COVID-19 ? Si oui, à quelle date ? |  |  |

## A remplir par le professionnel de santé

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du professionnel de santé | Signature du professionnel de santé | Date |
|  |  |  |
| Observations : |
| Prescription (nom du vaccin et dose) : |

## A remplir par la personne à vacciner

 Je reconnais avoir reçu des informations sur le vaccin et les risques de la vaccination (cochez la case si votre réponse est oui)

 Je souhaite être vacciné(e)

 Oui Non

 Date et signature de la personne à vacciner :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*En application de la législation en vigueur, vous possédez un droit d’accès à ces informations en contactant*

*la Direction de l'Action Sanitaire*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Centre de vaccination : | Nom du vaccin : | N° du lot : |
| Site d’injection du vaccin (bras gauche ou droit) : | Date du rappel : |  |
| Diluant utilisé : | N° de lot du diluant : | Date de péremption du diluant : |

****

*Vous êtes invité à prendre connaissance de la note d’information avant de remplir ce questionnaire*

|  |
| --- |
| questionnaire préalable à la vaccination contre la COVID-19 d’un majeur en tutelle devant être représenté conformément aux dispositions du 3ème alinéa de l’article 410-21° du Code civil *(susceptible d’être modifié selon les notices du fabricant de vaccin)* |
| Nom : Prénom : Date de naissance :Nom, prénom et adresse du tuteur : |
| *Répondez à toutes les questions en cochant les cases correspondantes dans ce tableau* | Réponse |
| OUI | NON |
| 1 | Avez-vous reçu un vaccin contre la grippe saisonnière au cours des 3 dernières semaines ? |  |  |
| 2 | Avez-vous eu une réaction grave lors d’une vaccination ou fait l’objet d’une contre-indication à une vaccination ? |  |  |
| 3 | Etes-vous allergique ?Si oui, précisez : |  |  |
| 4 | Avez-vous actuellement de la fièvre ? |  |  |
| 5 | Etes-vous actuellement malade ou avez-vous récemment été malade ? |  |  |
| 6 | Avez-vous un problème de santé particulier ?Si oui, lequel ? |  |  |
| 7 | Avez-vous fait ou faites-vous l’objet d’un suivi médical particulier ? |  |  |
| 8 | Etes-vous atteint d’un trouble de la coagulation ou êtes-vous sous anticoagulant ? |  |  |
| 9 | Avez-vous pris un traitement pendant plus de 30 jours ces 6 derniers mois ? (en dehors d’une contraception) |  |  |
| 10 | Pour les femmes, êtes-vous enceinte ou pensez-vous être enceinte ? |  |  |
| 11 | Avez-vous eu la COVID-19 ?Si oui, à quelle date ? |  |  |
| 12 | Avez-vous été récemment en contact avec d’une personne positive à la COVID-19 ? Si oui, à quelle date ? |  |  |

## A remplir par le professionnel de santé

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du professionnel de santé | Signature du professionnel de santé | Date |
|  |  |  |
| Observations : |
| Prescription (nom du vaccin et dose) : |

## A remplir par le tuteur

 Je reconnais avoir reçu des informations sur le vaccin et les risques de la vaccination (cochez la case si votre réponse est oui)

 Je donne mon accord à la vaccination de la personne placée sous ma tutelle :

 Oui Non

 Date et signature du tuteur :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*En application de la législation en vigueur, vous possédez un droit d’accès à ces informations en contactant*

*la Direction de l'Action Sanitaire*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Centre de vaccination : | Nom du vaccin : | N° du lot : |
| Site d’injection du vaccin (bras gauche ou droit) : | Date du rappel : |  |
| Diluant utilisé : | N° de lot du diluant : | Date de péremption du diluant : |