



## QUESTIONNAIRE MEDICAL AVANT VACCINATION COVID 19

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

N° SECURITE SOCIALE :

-----  
NOM DU VACCIN : PFIZER

N° DE LOT :

FAIT LE :

PAR :  
-----

### Contre-indications éventuelles :

	OUI	NON
Souffrez-vous actuellement d'une infection aiguë avec fièvre élevée ?		
Avez-vous reçu une injection de vaccin depuis moins de 14 jours ?		
Depuis la 1 <sup>ère</sup> injection de vaccin, prenez vous de nouveaux traitements parmi : immunosuppresseurs, traitement corticoïde par voie orale et/ou intraveineuse (cortisone et dérivés) ?		
Avez-vous déjà eu une allergie grave (œdème laryngé, détresse respiratoire, choc anaphylactique) ?		
Avez-vous une hypersensibilité/allergie à un médicament contenant du : <ul style="list-style-type: none"><li>- PolyEthylène Glycol (PEG) (Macrogol, interférons pegylés, facteurs de croissance hématopoïétiques pegylés, naloxone pegylée, etc...)</li><li>- Polysorbate</li></ul>		
Avez-vous présenté une réaction de type allergique peu de temps après la première dose de vaccin COVID ? ?		
Présentez-vous un risque hémorragique (hémophilie, thrombopénie inf 50 000 plaquettes/mm <sup>3</sup> ...) autre que la prise d'un traitement antiagrégant ou anticoagulant dans les cibles thérapeutiques habituelles ?		
Avez-vous déjà eu la COVID depuis la 1 <sup>ère</sup> injection ?		
Avez-vous des signes évocateurs de COVID actuellement ?		

	OUI	NON
Avez-vous été identifié comme sujet contact d'un cas COVID au cours des 14 derniers jours ?		
Avez-vous présenté un évènement indésirable suite à la 1 <sup>ère</sup> injection du vaccin autre que réaction locale, fièvre, fatigue, troubles digestifs et douleurs peu intenses ?		
Prenez vous un traitement anticoagulant ?		
Prenez vous un traitement par bêta-bloquants ?		

**NB :**

J'atteste de l'exactitude des renseignements médicaux ci-dessus et avoir reçu une information claire concernant la vaccination.

**DEMANDE DE CONSENTEMENT ECLAIRE**

Je déclare et donne mon accord pour la pratique du vaccin.

Date et signature :