

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

IDENTITÉ

NOM :
PRÉNOM :
TÉLÉPHONE :
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
DATE DE NAISSANCE : AGE :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX LIÉS AU VACCIN OU À LA COVID-19

- > AVEZ-VOUS DÉJÀ EU LA COVID (DIAGNOSTIC PAR PCR OU TEST ANTIGÉNIQUE) AU COURS DES 2 DERNIERS MOIS ? Oui Non
- > AVEZ-VOUS RECU UN VACCIN DANS LES 2 DERNIÈRES SEMAINES ? Oui Non
- > AVEZ-VOUS ÉTÉ EN CONTACT AVEC UN CAS D'INFECTION COVID AU COURS DES 14 DERNIERS JOURS ? Oui Non
- > AVEZ-VOUS DES SIGNES ÉVOQUEURS DE COVID ACTUELLEMENT ? Oui Non
- > AVEZ-VOUS EU UN ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE GRAVE UN LORS DE LA 1ERE INJECTION ? Oui Non

TRAITEMENTS EN COURS

- > PRENEZ-VOUS :
- Un traitement anti-coagulant Oui Non
- Une traitement immunodépresseur Oui Non
- Un traitement par anticorps mono-clonaux Oui Non
- Autre, précisez :

À COMPLÉTER SI
DOSE DE RAPPEL

- > NOMBRE DE DOSES REÇUES :
- > DATE DE LA DERNIÈRE INJECTION :
- > TYPE DE VACCIN :
- > AVEZ VOUS CONTRACTÉ LA COVID-19 APRÈS LE SCHÉMA VACCINAL COMPLET ? Oui Non
- > SI OUI, COMBIEN DE TEMPS APRÈS ?

- Vaccination ce jour Pas de 2nd injection car infection Covid-19 au cours des derniers mois Pas de rappel car infection Covid après le schéma vaccinal
- Vaccination à différer

Nom du prescripteur :

Date de l'injection :

- 2^{ème} dose 2^{ème} dose rappel 3^{ème} dose rappel 3^{ème} dose motif médical 4^{ème} dose motif médical

Numéro de lot :

Voie : IM, deltoïde Droit Gauche

PARTIE À COMPLÉTER
PAR LE MÉDECIN