

Etiquette Patient

## Campagne de vaccination COVID 19

### Questionnaire de pré vaccination contre la COVID 19 VACCIN COMIRNATY (PFIZER /BIONTECH)

**NOM D'USAGE :**

Prénom :

**NOM DE NAISSANCE:**

Téléphone :

**Numéro de sécurité sociale :**

**Date de naissance :**

**Fonction :**

**Age :**

**Service :**

Avez-vous un/des facteurs de risque suivant de forme grave de COVID oui  non

Si oui lequel / lesquels ? (Cocher)

- l'obésité (IMC > 30),
- la BPCO et l'insuffisance respiratoire,
- l'hypertension artérielle compliquée,
- l'insuffisance cardiaque
- le diabète (de type 1 et de type 2),
- l'insuffisance rénale chronique,
- les cancers et maladies hématologiques malignes, actifs ou de moins de 3 ans,
- la transplantation d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques.

Avez-vous présenté la maladie COVID (PCR positive) depuis moins de 3 mois ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avez-vous actuellement des signes pouvant faire évoquer la COVID ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Etes-vous sujet contact d'un COVID depuis moins de 7 jours ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avez-vous présenté des réactions locales ou générales aux vaccinations antérieures ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu une injection de vaccin depuis moins de 21 jours ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Pour les femmes : grossesse ou allaitement en cours ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Actuellement, souffrez-vous d'une maladie ou d'un état fébrile ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Présentez-vous une allergie documentée par un allergologue au :		
- ALC-0315 ((4-hydroxybutyl)azanediyl)bis(hexane-6,1-diyl)bis(2-hexyldecanoate) ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- ALC-0159 (2-((polyéthylène glycol)-2000)- N,N-Di(tétradecyl)acétamide ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- DSP (phospholipide) ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà présenté un œdème de Quincke ou un choc anaphylactique ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Présentez-vous une maladie auto-immune ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Prenez-vous un traitement entraînant une immunosuppression ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Prenez-vous un traitement anticoagulant ou antiagrégant ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

**A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR:**

**Nom et signature Prescripteur:**

**TA:**

**Température:**

- VALIDATION DE L'ELIGIBILITE A LA VACCINATION CE JOUR
- VACCINATION A DIFFERER Date Prévis: .....
- CONTRE-INDICATION A LA VACCINATION

Etiquette Patient

## Campagne de vaccination COVID 19

- Je reconnais avoir reçu les informations sur cette vaccination (dont contre-indications et effets indésirables), j'ai compris les termes de ce questionnaire et j'y ai répondu en toute sincérité (cochez la case si votre réponse est oui).
- Je souhaite être vacciné (cochez la case si votre réponse est oui)
- Je m'engage à rester sur l'établissement dans les 15 minutes qui suivent la vaccination

SIGNATURE DU PATIENT :

**A COMPLETER PAR LE VACCINATEUR:**

**Nom et signature Vaccinateur:**

- DATE DE L'INJECTION: ...../...../.....
- HEURE DE L'INJECTION: .....h.....  
 1ère DOSE                       2ème DOSE
- NUMERO DE LOT: .....
- VOIE :  IM, deltoïde droit       IM, deltoïde gauche

**POUR ETRE EFFICACE, UNE DEUXIEME INJECTION  
DEVRA ETRE REALISEE DANS AU MOINS 28 JOURS.**

**Si vous présentez un effet secondaire**

- 1) Si vous êtes un professionnel de santé, prévenez le service de santé au travail : poste 05 56 07 96 03 ou
- 2) contactez votre médecin traitant

Puis

→ Signalez tout évènement indésirable suite à la vaccination sur le portail des signalements accessible depuis :

[https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig\\_ihm\\_utilisateurs/index.html#/accueil](https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil)

Cliquez sur "vous êtes un particulier" ou « vous êtes un professionnel de santé » ou , cochez la case « pharmacovigilance », cliquez sur « suivant » et commencez votre déclaration.

En cas de question, il est possible de contacter le Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) de Bordeaux.

Centre Régional de Pharmacovigilance de Bordeaux

Hopital Pellegrin - CHU

Téléphone : 05.56.79.55.08

e-mail : [pharmacovigilance@u-bordeaux.fr](mailto:pharmacovigilance@u-bordeaux.fr)