

# QUESTIONNAIRE PRE-VACCINAL CONTRE LA COVID-19

Date

Nom Prénom

Date de naissance

Numéro de sécurité sociale

---

Informez des effets indésirables connus : douleur au site d'injection, fatigue, myalgies, frissons pouvant survenir en post vaccinations.

Présentez-vous au moins un des facteurs de risques oui/non

Liste des comorbidités (liste du 5 mars 2020)

*Trisomie 21, Transplantation d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques, Insuffisance rénale chronique terminale (insuffisants rénaux dialysés), Diabète (type 1 et 2), Obésité (IMC > 20 kg/m<sup>2</sup>), Cancers (solide ou hématologique), BPCO et insuffisance respiratoire, Insuffisance cardiaque, TA compliquée, Maladies hépatiques chroniques et en particulier cirrhose, Troubles psychiatrique, Démence, ATCD AVC*

Avez ou eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des trois derniers mois ? oui/non

Si positivité, le patient ne doit pas se faire vacciner contre la Covid-19. La HAS préconise d'attendre 6 mois après une infection à Sars-CoV-2 avant de se faire vacciner. Dans ce cas, une seule injection suffit

Avez-vous de la fièvre ? (éventuellement vérification) oui/non

*Si fièvre, pas de vaccination cela peut être le signe d'une infection en cours, orientation vers le médecin traitant.*

Avez-vous eu un vaccin dans les 15 derniers jours ? oui/non

si oui lequel :

*Si oui, pas de vaccin. Une vaccination récente ne présente pas de risques pour le patient. Cependant il est recommandé d'espacer les vaccinations de 14 jours :*

- *Faciliter la compréhension d'un éventuel Evènement Indésirable (EI)*
- *Limiter d'éventuelles interférences dans les réponses immunitaires suscitées par deux vaccins*
- *Si vaccin prévu dans les semaines à venir, la vaccination contre le COVID-19 est prioritaire, les autres vaccins seront reportés*

Avez-vous des antécédents allergiques connues (ou avec d'autre vaccins) oui/non

*Orientation vers le médecin traitant*

Prenez-vous un traitement anticoagulant ou antiagrégant ? oui/non

*Possibilité de se faire vacciner à condition d'injecter dans le muscle deltoïde (S/C interdit), pression forte au point d'injection, informer le patient risque d'hématome*

Présentez-vous des troubles de l'hémostase ? (Hémophilie, thrombopénie, maladie de Willebrand...) oui/non

*Orientation vers le médecin traitant*

Etes-vous enceinte ? Allaitement en cours oui/non

*Orientation vers le médecin traitant*

### Surveillance Post vaccinale pendant 15 mn

Prurit Oui / Non

Réaction locale Oui / Non

Respiration anormale Oui / Non

Pâleur Oui / Non

---

Signature du Professionnel