

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/m²), 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