



Fiche à compléter avant votre RDV et à remettre
au médecin lors de la consultation

**Merci d'amener votre carte vitale
lors de la vaccination**

Date:

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Age :

Poids :

Taille :

Avez-vous les facteurs de risque de formes graves de COVID-19

| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Hypertension artérielle compliquée (complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales) | | |
| Antécédent d'AVC ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque | | |
| Diabète (type 1 ou 2) | | |
| Bronchite chronique (BPCO) ou insuffisance respiratoire | | |
| Insuffisance cardiaque | | |
| Insuffisance rénale chronique | | |
| Cancer ou maladie hématologique maligne actifs et de moins de 3 ans | | |
| Transplantation d'organe ou greffe de cellules souches | | |
| Immunodépression congénitale ou acquise (traitement immunosuppresseur, | | |
| Maladie du motoneurone, myasthénie grave, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, | | |
| Syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie | | |
| Cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins | | |
| Trisomie 21 | | |

Certaines situations sont des contre-indications à la vaccination ou nécessitent des précautions à l'injection. Etes-vous dans l'une de ces situations ?

| | Oui* | Non |
|---|------|-----|
| Grossesse en cours ou en projet dans les 3 prochains mois | | |
| Allaitement en cours | | |
| Infection aiguë avec fièvre en cours | | |
| Réaction allergique grave (anaphylaxie, œdème de Quincke, urticaire | | |
| Troubles de la coagulation ou prise de traitement anticoagulant | | |
| Vaccination antigrippale dans les 3 dernières semaines | | |
| Autre(s) vaccination(s) dans les 2 dernières semaines | | |

Quels sont vos antécédents vis-à-vis de la COVID-19 ?

| | Oui* | Non | Je ne sais pas |
|--|------|-----|----------------|
| Avez-vous déjà eu la COVID-19 ? | | | |
| Si oui, était-ce depuis moins de 3 mois ? | | | |
| Si oui, avez-vous toujours des symptômes ? | | | |
| Y a-t-il eu un cluster au sein de votre service au cours des 2 dernières | | | |
| Avez-vous récemment été identifié(e) comme cas contact ? | | | |

* chaque réponse « oui » nécessite une évaluation médicale

Je reconnais avoir été informé(e) des bénéfices et des risques liés à la vaccination et je souhaite être vacciné(e) contre la COVID-19.

☐ Oui

☐ Non

| | | | |
|---|--|------------|------------|
| Injection Bras Droit | | Médecin | IDE |
| Injection Bras Gauche | | | |
| Nécessité de compression du point d'injection | | Nom: | Nom: |
| Surveillance renforcée | | Signature: | Signature: |