

## QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

**Nom :** ..... **Nom de Jeune fille :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Numéro de sécurité sociale :** .....

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Présentez-vous au moins une comorbidité spécifique ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➤ Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des 3 derniers mois ?                             | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➤ Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➤ Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ?<br>Si oui, lequel : .....                    | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➤ Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➤ Etes-vous traité par un médicament anticoagulant ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➤ Présentez-vous des troubles de l'hémostase ? (taux de plaquette bas, maladie spécifique...)                  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➤ Etes-vous enceinte ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ➤ Allaitiez-vous ?   | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Dans les jours et semaines qui suivent votre vaccination, vous pourrez, si nécessaire, signaler un effet indésirable. Cela ne prend qu'une dizaine de minutes sur le Portail de signalement des événements sanitaires indésirables : [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr).

Vous pouvez aussi en parler à votre médecin.

*Les données d'identité recueillies via ce questionnaire seront intégrées dans le traitement de données à caractère personnel « SI Vaccin Covid » mis en œuvre conjointement par le ministère des solidarités et de la Santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et uniquement pour l'organisation, le suivi et le pilotage des campagnes vaccinales contre la Covid-19. Pour plus d'informations sur ce traitement et l'exercice de vos droits, nous vous invitons à consulter les affichettes d'information à disposition dans votre centre. Le questionnaire papier sera conservé pendant une durée de trois mois après la date de votre rendez-vous.*

A HAGUENAU, le ..... Signature :

## Centre de vaccination de Haguenau

### Espace Sportif Sébastien Loeb

Date :

Date :

Parcours vaccinal 1 <sup>ère</sup> vaccination :	
Médecin :	<input type="text"/>
Accord médical pour la vaccination :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Vaccin à injecter :	<input type="text"/>
Lieu de l'injection :	<input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> BD
Précautions particulières :	
Vaccination :	IDE : <input type="text"/>
Vaccin injecté :	<input type="text"/>
Lot :	<input type="text"/>
Horaire de la vaccination :	<input type="text"/>
Poste de sortie :	
Date du RDV pour le rappel :	<input type="text"/>

Parcours vaccinal 2 <sup>ème</sup> vaccination :	
Merci de remplir ce questionnaire avant la consultation du médecin.	
Entourez la case	
Avez-vous présenté une réaction allergique grave, suite à la vaccination ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous consulté un médecin depuis la vaccination ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Médecin :	<input type="text"/>
Accord médical pour la vaccination :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Vaccin à injecter :	<input type="text"/>
Lieu de l'injection :	<input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> BD
Précautions particulières :	
Vaccination :	IDE : <input type="text"/>
Vaccin injecté :	<input type="text"/>
Lot :	<input type="text"/>
Horaire de la vaccination :	<input type="text"/>