

Auto questionnaire préalable à la vaccination contre la Covid 19 – Vaccin Pfizer Comirnaty®

N° de sécurité sociale :

NOM : Prénom : Date de naissance : / /

Téléphone : Profession :

Première injection		OUI	NON
1	Avez-vous eu la Covid ?		
3	Avez-vous été en contact à risque avec un cas confirmé de Covid-19 ces 7 derniers jours ?		
4	Avez-vous reçu un vaccin ces 14 derniers jours ou devez-vous avoir un rappel vaccinal dans les 14 prochains jours ?		
5	Avez-vous des antécédents d'allergie grave/sevère ou d'hypersensibilité grave/sevère à certaines substances ou à des vaccins et/ou une contre-indication à un vaccin ? Souffrez-vous de mastocytose ?		
6	Présentez-vous des troubles de la coagulation ou êtes-vous sous traitement anticoagulant ?		
7	Etes-vous sous traitement immunosuppresseur ? Avez-vous été transplanté, greffé ou présentez-vous une insuffisance rénale sévère (dialyse) ... ? Souffrez-vous d'une maladie auto-immune ?		
8	Pour les femmes : êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ?		

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et je donne mon consentement pour me faire vacciner contre la Covid-19 (Pfizer Comirnaty®)

Date : / / 2021

Signature :

Seconde ou Troisième injection		OUI	NON
1	Depuis la précédente injection, avez-vous eu la Covid-19 ?		
3	Avez-vous été en contact à risque avec un cas confirmé de Covid-19 ces 7 derniers jours ?		
4	Avez-vous souffert d'effet(s) indésirables(s) grave(s)/sevère(s) suite à la précédente vaccination anti-Covid 19 (autre que douleur au point d'injection, fièvre, douleur musculaire, fatigue ...) ?		
5	Avez-vous un nouveau traitement, instauré depuis la précédente vaccination ?		
6	Etes-vous sous traitement anticoagulant ?		
7	Etes-vous sous traitement immunosuppresseur ? Avez-vous été transplanté, greffé ou présentez-vous une insuffisance rénale sévère (dialyse) ... ? Souffrez-vous d'une maladie auto-immune ?		
8	Avez-vous été vacciné.e par un autre vaccin que le vaccin Pfizer Cominarty© lors de la première injection ?		

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et je donne mon consentement pour me faire vacciner contre la Covid-19 (Pfizer Comirnaty®)

Date : / / 2021

Signature :

Visa Vaccinateur :	Avis médical - Nom du médecin :
1ère Injection :	<input type="checkbox"/> A vacciner ce jour <input type="checkbox"/> Vaccin à reporter
2ème injection :	<input type="checkbox"/> Trt Anticoagulant
3ème injection :	<input type="checkbox"/> Prévoir V3
	Date : / / 2021

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. 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.