

CONSULTATION PRÉ VACCINALE
Formulaire de renseignements pour la vaccination Covid - 19

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

SEXE : Féminin / Masculin

DATE DE NAISSANCE : / /

ADRESSE :

NUMERO DE TELEPHONE PORTABLE :

ADRESSE EMAIL :

NUMERO SECURITE SOCIALE : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

PROFESSION :

MÉDECIN TRAITANT : _____

TRAITEMENT EN COURS :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX :

ALLERGIES :

AVEZ-VOUS DE LA FIEVRE OU UN EPISODE INFECTIEUX EN COURS : _____

AVEZ VOUS EU UNE INFECTION A COVID 19 IL Y A MOINS DE 3 MOIS : oui / non

PCR + : oui / non Date :

Serologie + : Oui / non Date :

AVEZ-VOUS RECU UN VACCIN CONTRE LA GRIPPE DANS LES 3 SEMAINES PRECEDENTES :

oui / non Date :

AVEZ-VOUS RECU UN AUTRE VACCIN DANS LES 15 DERNIERS JOURS :

oui / non Date :

AVEZ VOUS DÉJÀ EU DES EFFETS SECONDAIRES SUITE A UNE VACCINATION ?

oui / non Lesquels ?

ETES VOUS EN POUSSEE D'UNE MALADIE AUTO IMMUNE ?

oui / non Laquelle ?

Si vous répondez oui à un de ces items, votre vaccination doit être reportée. Un professionnel de santé vous indiquera à partir de quand vous pourrez être vacciné(e)

POUR LES FEMMES ? ETES VOUS ENCEINTE OU PREVOYEZ VOUS DE L'ETRE DANS LES 3 MOIS ?

oui / non

SUIVEZ VOUS UN TRAITEMENT ANITICOAGULANT EN CE MOMENT ?

oui / non Lequel ?

ETES VOUS SATISFIT DES REponses OBTENUES CONCERNANT LA VACCINATION ?

oui / non

Signature du patient :

(précédée de la mention Lu et approuvé)

Partie réservée au médecin :

EVALUATION DES CONTRE INDICATIONS A LA VACCINATION COVID 19 :

BÉNÉFICES > RISQUES : VACCINATION AUTORISEE : oui / non

PATIENT ACCOMPAGNÉ D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE ? oui / non

IDENTITE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

NUMERO DE TELEPHONE :

LIEN :

Je soussigné Dr _____

certifie avoir délivré une information claire, loyale et compréhensible au moyen du formulaire de consentement remis en main propre à :

M/Me

Fait à _____ le _____

Signature du médecin