Questionnaire de pré-vaccination contre la COVID-19

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM :** | **Prénom :** |
| **Numéro de sécurité sociale :**  | **Age :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| Êtes-vous cas contact avec une personne COVID avéré dans les 7 derniers jours (contact sans les mesures de distanciation sociale) et/ou avez-vous actuellement des signes pouvant évoquer la COVID ?**Si oui : merci de vous isoler immédiatement** et de suivre les recommandations de test concernant la population générale. |  |  |
| Avez-vous fait la maladie COVID avec des symptômes ? Si oui, merci de préciser la date de la PCR ou du test antigénique positif (< ou > 3 mois) : |  |  |
| Avez-vous des facteurs de risque de forme grave de COVID ? ***Si oui merci de préciser le(s)quel(s)**** Obésité (IMC > 30)
* BPCO et/ou insuffisance respiratoire
* hypertension artérielle compliquée
* insuffisance cardiaque
* diabète
* insuffisance rénale chronique
* cancers et maladies hématologiques malignes actifs ou < 3 ans
* transplantation d’organes ou de cellules souches hématopoïétiques
* traitement immunosuppresseur, si oui le(s)quel(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |  |  |
| Avez-vous déjà fait une allergie grave ?Si oui, merci de préciser* Œdème de Quincke (contre-indication), préciser l’allergène \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* choc anaphylactique (contre-indication), préciser l’allergène \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* urticaire (éruption et démangeaisons immédiates), préciser l’allergène

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* prescription d’un stylo auto injectable d’adrénaline pour : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |  |  |
| Si vous êtes une femme : êtes-vous enceinte ? (contre-indication) |  |  |
| Avez-vous une maladie de l’hémostase ou prenez-vous un traitement anticoagulant ?* Si oui : merci de préciser la maladie et/ou les médicaments (compression 2min suite IM)
 |  |  |
| Avez-vous reçu un vaccin dans les 2 dernières semaines ? (contre-indication) |  |  |
| Je m’oppose au traitement informatique des données administratives concernant la vaccinationCOVID |  |  |
| Fait àle | Signature du patient | Signature médecin traitant |