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 vaccination  COVID | | |  |  |
| Fait à  le | Signature du patient | Signature médecin traitant | | |