

QUESTIONNAIRE POUR LA DELEGATION DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

VOLET RESERVE A LA PERSONNE VACCINEE

Je suis : (cocher la case)

- Agent du Centre Hospitalier
- Professionnel de santé du territoire
- Patient de plus de 75 ans

Identité de la Personne Vaccinée

Nom et Prénom	
N° Sécurité Sociale	
Service/Lieu d'exercice	
Adresse (uniquement pour les personnes n'exerçant pas au Centre Hospitalier)
Téléphone (obligatoire)	
Nom et Prénom du Médecin Traitant	

En cas de tutelle,

Nom et Prénom du Tuteur	
Téléphone du Tuteur	
Accord du Tuteur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

	OUI	NON
Vaccination anti-grippale < 3 semaines, autre vaccination < 2 semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents de choc anaphylactique et/ou oedeme de Quincke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossesse ou allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections aiguës et sévères en cours avec état clinique altéré (une infection banale en cours de type angine, gastro-entérite, rhino-pharyngite, otite) diagnostiquée et traitée (par antibiotiques) ne représente pas une contre-indication en soi à la vaccination ; seul l'état clinique du patient, s'il est altéré, peut justifier un report de la vaccination)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement par AVK (Préviscan, Sintrom, Coumadine) : vaccin contre-indiqué si dernier taux d'INR >3 (si l'INR est dans la zone thérapeutique, l'IM est possible) ou troubles de l'hémostase Pas de voie SC possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection au COVID-19 depuis moins de 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Immunosuppression : n'est pas une contre-indication en soi (voire est même une indication mais dans ce cas il est souhaitable que la prescription médicale soit personnalisée)

Je certifie que :

- J'ai reçu les informations propres à un consentement éclairé
- Je suis d'accord pour recevoir le vaccin contre la COVID-19

En cas d'effets indésirables, votre interlocuteur sera le service de santé au travail pour les personnels de l'hôpital et votre médecin référent pour les autres publics vaccinés.

Signature de la personne vaccinée

VOLET RESERVE AU MEDECIN

Je, soussigné/e, Dr _____, certifie que _____ Ne présente pas ce jour de contre-indication à la vaccination anti-COVID-19	
Date : _____	Signature _____
1ere dose du vaccin administrée le : _____, par _____	
Site de vaccination : <input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Autre : _____	
LOT n° _____	Signature _____

Je, soussigné/e, Dr _____, certifie que _____ Ne présente pas ce jour de contre-indication à la vaccination anti-COVID-19	
Date : _____	Signature _____
2e dose du vaccin administrée le : _____, par _____	
Site de vaccination : <input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Autre : _____	
LOT n° _____	Signature _____