Centre de Vaccination Covid-19 - Hotel Dieu LE CREUSOT -

PATIENT (Nom, prénom, date de naissance)

_____

QUESTIONNAIRE à remplir et à rapporter, complété, le JOUR du RDV pour la vaccination

Questionnaire susceptible d'être modifié en fonction de l'évolution des recommandations – 10/01/2021

Entourer les réponses oui ou non

Critères actuels d'éligibilité à la vaccination contre la COVID-19 selon les recommandations	oui/non
Professionnel travaillant dans le secteur de la santé ou du sanitaire en général	oui/non
Age ≥ 50 ans	oui/non
Présence de facteurs de risque de formes graves de COVID-19	oui/non

Selon les recommandations de l'HAS : obésité ; bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ; insuffisance respiratoire chronique ; hypertension artérielle compliquée ; insuffisance cardiaque ; diabète insulino-dépendant ou non insulinodépendant ; insuffisance rénale chronique; néoplasie; hémopathie ; transplantation d'organe ; greffe de cellules souches ; trisomie 21

Antécédent de maladie COVID-19 confirmée dans les 3 derniers mois oui/non

Si oui : vaccination reportée au-delà de 3 mois après l'épisode

Contact avec un cas confirmé Covid-19 dans les 14 jours avant la date de vaccination prévue oui/non

Si oui, en l'absence de survenue de COVID-19 dans l'intervalle, la vaccination est reportée 14 jours après le contact à risque

Vaccination contre la grippe (ou un autre vaccin) dans les 3 dernières semaines avant la date de vaccination prévue contre la COVID-19 oui/non

Si oui, la vaccination est reportée au-delà des 3 semaines après la dernière vaccination par un autre vaccin

Autre vaccination prévue dans les semaines à venir oui/non

Si oui, la vaccination contre la COVID-19 est prioritaire ; les autres vaccinations prévues seront reportées

Episode infectieux en cours (fièvre, etc, ..) le jour de la date prévue de vaccination oui/non

Si oui, la vaccination contre la COVID-19 sera reportée jusqu'à disparition des symptômes

Pour les femmes en âge de procréer :

- Grossesse connue en cours oui/non
- Allaitement en cours oui/non

Si oui à l'une ou l'autre des questions, la vaccination contre la COVID-19 est pour l'instant contre-indiquée

Traitement anticoagulant ou antiagrégeant (traitements qui fluidifient le sang) oui/non

Ces informations sont importantes pour le médecin qui vous verra lors de la vaccination et qui évaluera l'existence ou non d'une contre-indication éventuelle à l'injection

Maladie qui fluidifie le sang (hémophilie, thrombopénie, maladie de Willebrand,..) oui/non

Ces informations sont importantes pour le médecin qui vous verra lors de la vaccination et qui évaluera l'existence ou non d'une contre-indication éventuelle à l'injection

Antécédents allergiques		oui/non
Si oui :	Cause exacte de l'allergie connue (médicament, aliment, ..) ?	oui/non
	Réactions allergiques graves de type choc anaphylactique, œdème de Quincke, .. ?	oui/non
	Portez-vous sur vous un stylo injectable d'adrénaline ?	oui/non
	Etes-vous allergique à une molécule appelée polyéthylène glycol (PEG) ?	oui/non

Ces informations sont importantes pour le médecin qui vous verra lors de la vaccination et qui évaluera l'existence ou non d'une contre-indication éventuelle à l'injection