



## Centre de Vaccination Covid-19 - Centre Hospitalier de Chalon-sur-Saône (71)

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

Professionnel travaillant dans le secteur de la santé ou du sanitaire en général

Age  $\geq$  50 ans

Présence de facteurs de risque de formes graves de COVID-19

*Selon les recommandations de l'HAS : obésité ; bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ; insuffisance respiratoire chronique ; hypertension artérielle compliquée ; insuffisance cardiaque ; diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ; 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

*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

*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

*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

*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

*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

- Allaitement en cours

*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 antiagrégant (traitements qui fluidifient le sang)

*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,..)

*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

Si oui : Cause exacte de l'allergie connue (médicament, aliment, ..) ?

Réactions allergiques graves de type choc anaphylactique, œdème de Quincke, .. ?

Portez-vous sur vous un stylo injectable d'adrénaline ?

Etes-vous allergique à une molécule appelée polyéthylène glycol (PEG) ?

*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*